

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

123 N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Samuel J. MUHLRAD

Né le 4 Juin 1902, à Lancut (Pologne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

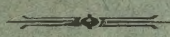
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Louis à Boulogne-sur-Mer

Ancien assistant à l'Ecole des Sages-femmes à Strasbourg

L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES

ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse

(Travail de la Clinique Baudelocque)



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e Arr.)

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Samuel J. MUHLRAD

Né le 4 Juin 1902, à Lancut (Pologne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Louis à Boulogne-sur-Mer

Ancien assistant à l'Ecole des Sages-femmes à Strasbourg

L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES

ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse

(Travail de la Clinique Baudelocque)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e Arr.)

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
AUBERTIN. Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
SANNIE. Chimie biologique.
BROCQ. Pathologie chirurgicale
BRULE. Pathologie médicale.
CADENAT. Pathologie chirurgicale
CATHALA. Pathologie médicale.
CHABROL. Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. . . Pathologie chirurgicale.
DOGNON. Physique.
DONZELOT. Pathologie médicale.
ECALLE. Obstétrique.
FEY. Urologie.
Pathologie expérimentale.
GASTINEL. Bactériologie.
GATELLIER. Pathologie chirurgicale
GIROUD. Histologie.
HARVIER. Pathologie médicale.
HOVELACQUE. Anatomie.
HUTINEL. Pathologie médicale.
JOANNON. Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
Oto - rhino - laryngologie.
HUGUENIN. Anatomie pathologique
LEVEUF. Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN. Pathologie médicale.
HAZARD. Pharmacologie.
MILLOT. Histologie.
MONDOR. Pathologie chirurgicale
MOREAU. Pathologie médicale
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOURE. Pathologie chirurgicale
Histologie.
OBERLING. Anatomie pathologique
OLIVIER. Anatomie.
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES. Obstétrique.
QUENU. Pathologie chirurgicale
RICHET. Physiologie.
SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER. Ophtalmologie.
VERNE. Histologie.
VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
GUENIOT. Obstétrique.
LEQUEUX. Obstétrique.
LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
RETTERRER. Histologie.
ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DEBRE.Clinique médicale.
 DUVOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU.Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.
 MATHIEU.Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL. . . .Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui ma fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

qu'il me soit permis de lui témoigner
ici ma profonde gratitude.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
PROFESSEUR AGRÉGÉ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS
CHEF DE CLINIQUE ADJOINT
A LA MATERNITÉ BAUDELOCQUE

A MES MAITRES A LA CLINIQUE
BAUDELOCQUE
MESSIEURS LES DOCTEURS
LACOMME, RAVINA, SEGUY, DIGONNET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE STRASBOURG
MESSIEURS LES PROFESSEURS
STOLZ, LERICHE, MERKLEN,
BLUM *in memoriam*

A MON MAITRE
M. LE DOCTEUR R. KELLER
CHARGÉ DES COURS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE STRASBOURG
DIRECTEUR A L'ECOLE DES SAGES-FEMMES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

STAGES :
MESSIEURS LES PROFESSEURS
RATHERY, NOBÉCOURT, WEIL,
HALLÉ, CHARGÉ DE COURS

EXTERNAT :
CROUZON, MÉDECIN A LA SALPÊTRIÈRE
CATHALA, MÉDECIN DES HÔPITAUX
COUVELAIRE, PROFESSEUR

A MES MAITRES
A L'HOPITAL ST-LOUIS DE BOULOGNE-S/MER

INTERNAT :
M. LE DOCTEUR HOUZEL
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
M. LE DOCTEUR DEBUSSCHER
MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL
M. LE DOCTEUR BARON
MÉDECIN DE L'HÔPITAL
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Ce travail est une contribution à l'étude de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi une opération césarienne transpéritonéale basse.

Nous nous sommes inspirés d'un certain nombre de mémoires et d'observations publiées sur ce sujet. Mais notre travail a surtout pour base les observations de la Clinique Baudelocque. Nous y avons fait figurer tous les cas et ce travail représente l'étude de la série intégrale des observations de 1925 au 1^{er} juillet 1931. Elles comprennent 39 observations des gestations survenues après une opération césarienne basse chez 33 femmes.

Voici le plan de ce travail :

PREMIÈRE PARTIE : ETUDE CLINIQUE

- I. Fertilisation après césarienne basse.
- II. Gestation après césarienne basse.
- III. Parturition après césarienne basse.
 - a) *L'accouchement spontané.*
Les ruptures utérines.
 - b) *La césarienne itérative.*

Technique.

Anesthésie.

Difficultés opératoires.

DEUXIÈME PARTIE :

1. Étude critique de notre statistique.
2. Les observations.

CONCLUSIONS

PREMIERE PARTIE

Etude Clinique

Le problème de l'avenir obstétrical des femmes césarisées doit être étudié au triple point de vue de :

1. La Fertilisation.
 2. La Gestation.
 3. La Parturition.
-

CHAPITRE PREMIER

LA FERTILISATION

La question qui se pose est la suivante : Une femme qui a subi une césarienne basse a-t-elle moins de chances d'être fécondée à nouveau?

Il nous semble illusoire de vouloir répondre à cette question d'une façon décisive, vu l'impossibilité pratique de suivre toutes les femmes césarisées, et de faire la part de la restriction volontaire.

Nous donnons ici à titre documentaire les chiffres de la clinique Baudelocque sans en tirer des conclusions quelconques : Sur 198 femmes césarisées 33 sont revenues à la clinique en l'état de nouvelle gestation (6 de ces femmes sont revenues 2 fois).

La question de la fertilisation après césarienne a été étudiée récemment à l'étranger par Wille, Hornung, Gauss, Helmuth, Ammon, Schweitzer, Martins, etc.

Presque tous ces auteurs ont constaté une diminution de la fertilisation des femmes césarisées. Il faut cependant noter que toutes ces statistiques manquent de précision vu qu'elles ne tiennent point compte de

certaines facteurs très importants comme : l'indication opératoire, l'âge de la femme, son désir d'avoir un enfant (moyens anticonceptionnels!) position sociale, etc.

Les chances de fertilisation sont elles moindres après césarienne classique ou basse? D'après les travaux de Siegel et Helmuth, le pourcentage des nouvelles gestations semble être le même indépendamment de la méthode opératoire.

Schulz confirme cette opinion en se basant sur un matériel composé de 65 césariennes classiques et 165 cervicales.

De 1899 à 1919 la Clinique Baudelocque avait compté :

- | | |
|---|-----|
| 1. Césariennes classiques conservatrices sor- | |
| ties guéries | 121 |
| 2. Nouvelles gestations observées. | 33 |

Et Maurisson Lacombe donne dans sa thèse les chiffres suivants : Diminution de la fertilisation après césarienne classique d'après : Planchon 75 %, Palmer Findley 50 %, Clinique Baudelocque 72,8 %, Clinique Tarnier 55,5 %, soit en moyenne 63,3 %.

Récemment L. Kropp, Wille, Siegel et Helmuth se basant sur un matériel mixte (césarienne classique et basse) et en suivant leurs malades pendant plusieurs années, sont arrivés aux chiffres respectifs de 42 %, 43 %, 49 % et 30 % de diminution de la fertilisation.

Il est intéressant de constater que sur 66 femmes césariées et restées stériles Kropp a trouvé 56 (84, 88 %) employant des moyens anticonceptionnels.

Il résulte du travail de Kropp que le pourcentage de stérilité diminue si on prolonge le temps d'observation des femmes césarisées. L'indication opératoire joue d'après cet auteur un rôle très important dans la question de la fertilisation après césarienne.

Van der Hoeven croit que les adhérences postopératoires sont une cause importante de la diminution de la fertilisation. Winter et Wille sont d'avis contraire. Wille, notamment, ayant étudié la question expérimentalement chez des souris et des cobayes a trouvé que les adhérences, ou les cicatrices utérines n'empêchaient pas des nouvelles conceptions.

Hornung croit que le développement insuffisant de la couche déciduale (dans un utérus précédemment hystérotomisé) peut entraver la nidation de l'œuf.

Les chiffres suivants de la Clinique Baudelocque semblent infirmer cette opinion.

Sur les 39 gestations qui sont survenues après césariennes basse.

30 sont survenues 1 an environ après la césarienne basse précédente.

5 sont survenues 2 ans environ après la césarienne basse précédente.

1 est survenue 3 ans environ après la césarienne basse précédente.

2 sont survenues 4 ans environ après la césarienne basse précédente.

Voici à titre de comparaison les chiffres de la Clinique Baudelocque pour les césariennes classiques :

13 sont survenues 1 an après la cés. classique.

13 sont survenues 2 ans après la cés. classique.

8 sont survenues 3 ans après la cés. classique.

2 sont survenues 4 ans après la cés. classique.

4 sont survenues 6 ans après la cés. classique.

3 sont survenues 8 ans après la cés. classique.

D'après ces chiffres on peut conclure qu'après une césarienne la muqueuse utérine récupère rapidement sa physiologie normale et devient apte à la nidation de l'œuf.

Nous croyons donc pouvoir conclure que c'est la restriction volontaire qui est la cause la plus importante de la stérilité des femmes césarisées et non l'état de l'utérus.

Cependant : sur 29 femmes de notre statistique 5 ont subi trois césariennes basses consécutives dans un laps de temps assez court.

Cela semble indiquer que, devant les résultats heureux de l'intervention, la césarienne basse est considérée par les malades comme une opération relativement bénigne.

CHAPITRE II

LA GESTATION

En face d'une gestation chez une femme précédemment césarisée la question est de savoir quelle sera l'évolution de cette gestation.

A) La femme va-t-elle avorter?

B) Quel est le terme qu'atteint habituellement une gestation dans un utérus césarisé? Quelle est la valeur physiologique des enfants nés de ces gestations.

C) Y a-t-il danger de rupture utérine au cours des gestations consécutives à une césarienne basse?

Voici nos réponses :

A) En ce qui concerne les avortements après césarienne basse nous n'en avons pas trouvé dans notre statistique. (Le chiffre donné par Maurisson Lacombe pour la césarienne classique est de 4 %). Max Wetterwald qui a suivi 101 femmes ayant subi la césarienne basse a constaté chez 45 de ces opérées des gestations nouvelles. 53 de ces gestations allèrent à termes. Il y a eu 7 avortements ou accouchements prématurés.

B) On peut établir le terme jusqu'auquel arrivent les gestations après césarienne basse :

a) D'après la date des dernières règles.

b) D'après le poids des enfants nés par césarienne itérative ou au cours des accouchements spontanés après césarienne basse.

a) Sur 32 accouchements :

13 ont eu lieu plus de 9 mois après les dernières règles.

3 ont eu lieu 280 jours après les dernières règles.

8 ont eu lieu 265 à 280 jours après les dernières règles.

8 ont eu lieu 250 à 265 jours après les dernières règles.

b) L'examen du poids des enfants donne :
Sur 39 :

4 enfants ont un poids qui est au-dessus de 4.000 gr.

7 enfants ont un poids qui est au-dessus de 3.500 gr.

10 enfants ont un poids qui oscille entre 3200 et 3500 gr.

13 enfants ont un poids qui oscille entre 3.000 et 3.200 gr.

5 enfants ont un poids inférieur à 3.000 gr.
(2.800, 2.700, 2.700, 2.500, 2.500).

Les chiffres correspondants, concernant le poids des enfants nés à la Clinique Baudelocque après césarienne classique sont les suivants (M. Lacombe).

3 enfants au-dessus de 4.000 gr.

- 9 enfants entre 3.500 et 4.000.
- 19 enfants entre 3.000 gr. et 3.500 gr.
- 10 enfants entre 2.500 gr. et 3.000 gr.
- 5 enfants entre 2.000 gr. et 2.500 gr.
- 2 enfants au-dessous de 2.000 gr.

Nous avons aussi cherché à établir quelle était la relation entre le poids des enfants nés au cours de la première césarienne et le poids de ceux, nés au cours des césariennes suivantes ou des accouchements spontanés après césarienne basse.

Et nous avons trouvé : sur 36 cas :

- 6 où il était à peu près les mêmes.
- 12 où il était inférieur au poids des enfants nés au cours des premières césariennes basses.

c) Nous n'avons observé aucune rupture utérine au cours des gestations consécutives à une césarienne basse.

CONCLUSIONS

Il résulte des chiffres précédents que :

1. L'avortement est rare.
2. Dans 75 % des cas, les gestations, survenues chez des femmes antérieurement césarisées, vont jusqu'au terme environ. (Le chiffre de la Clinique Baudelocque pour la césarienne classique est de 84 %.)

Dans 25 % des cas les enfants naissent entre 8 mois et 8 mois 1/2.

3. La valeur physiologique des enfants, nés au cours des césariennes itératives ou des accouchements spontanés après césarienne basse, ne paraît pas diminuée dans 87 % des cas. Dans 13 % des cas seulement leur poids de naissance est inférieur à la normale.

4. Le rapport entre les différents poids des enfants nés au cours des césariennes successives et des accouchements spontanés montre que :

Les enfants nés au cours de la 2^e ou 3^e césarienne et au cours des accouchements spontanés après césarienne basse ont :

Dans 50 % des cas un poids supérieur.

Dans 17 % des cas le même poids.

Dans 33 % des cas un poids inférieur à celui des enfants nés au cours de la 1^{re} césarienne.

5. La rupture utérine est rare au cours des gestations consécutives à une césarienne basse.

CHAPITRE III

LA PARTURITION

En face d'une femme à terme et qui a subi antérieurement une césarienne basse les questions qui se posent sont les suivantes :

Quelle est la valeur dynamique de son utérus? Peut-on l'apprécier cliniquement en se basant sur : Les commémoratifs? L'examen clinique?

S'il n'y a pas d'obstacle pelvien, un accouchement spontané est-il possible?

Quelles peuvent-être les complications de l'accouchement spontané? Rupture utérine ; autres complications.

Quelles sont les difficultés opératoires qui peuvent survenir au cours de l'opération itérative?

Nous allons essayer de répondre à ces questions.

La valeur dynamique d'un utérus antérieurement césarisé est fonction :

De la qualité de l'ancienne cicatrice siégeant sur le segment inférieur ; de la solidité du segment intérieur ; des adhérences : utéro-pariétales (épiploïques intestinales), péritonéales, vésicales.

De la qualité de la paroi abdominale (état de la cicatrice cutanée, éventration).

Ces éléments, peuvent-ils être diagnostiqués cliniquement?

En particulier : Peut-on, en se basant sur : les conditions et les suites opératoires de la 1^{re} césarienne, apprécier ces éléments, c'est-à-dire prévoir les complications possibles au cours d'un accouchement spontané où les difficultés opératoires d'une césarienne itérative?

Cette question nous paraît très importante étant donné que, grâce à ce diagnostic clinique, le pronostic de la parturition, si important chez une femme à terme antérieurement césarisée, serait facile à porter.

Nous avons donc cherché à étudier le rapport qui existerait entre les conditions et les suites opératoires de la 1^{re} césarienne d'une part, et l'état de l'utérus examiné au cours d'une 2^e césarienne, d'autre part.

Voici ce qu'on trouve à ce sujet dans les observations.

Observation I. — Conditions opératoires de la première césarienne : membranes rompues depuis 11 h. 30 ; Travail 21 h. 30. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : 5 jours, température environ 38°.

État de l'utérus et difficultés opératoires au cours de la 2^e césarienne ; adhérences épiploïques, décollement vessie et péritoine facile. Aucune trace de cicatrice sur segment inférieur. Incident opératoire : Hémorragie. Ergotine.

Conditions opératoires de la 2^e césarienne : membranes venant de se rompre. Travail 0. dilatation 0.

Suites opératoires de la 2^e césarienne : 5 jours, température 38°6.

État utérus et difficultés opératoires de la 3^e césarienne : Adhérences épiploïques lâches, décollées au doigt. Décollement vésical un peu difficile. Aucune trace de cicatrice de segment inférieur. Incidents opératoires : 0.

Observation II. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues 9 h. Travail 7 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État de l'utérus au cours de la 2^e césarienne et difficultés opératoires : Pas d'adhérence utéro-pariétales. Décollement vessie et péritoine facile. Aucune trace de cicatrice visible (2 catguts anciens trouvés au cours de la suture du segment inférieur). Incidents opératoires : 0.

Conditions opératoires de la 2^e césarienne : Membranes rompues 1 h. Travail 5 h. Dilatation 5 Fr.

Suites opératoires de la 2^e césarienne : 2 jours, température 38°,4.

Utérus et difficultés opératoires de la 3^e césarienne : Adhérence utéro-pariétale 2 cm. d'épaisseur, résistante, que l'on sectionne. Vessie adhérente. Péritoine friable. Cicatrice segment inférieur souple d' 1 /4 cm. d'épaisseur. Incidents opératoires : 0.

Observation III. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues. Travail 8 h. 40. Dilatation 0 Fr. 50.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

Utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Pas d'adhérence utéro-pariétale. Décollement du péritoine difficile. Décollement vésical facile. Pas de trace de cicatrice ancienne. Segment inférieur plus mince à droite qu'à gauche. Incidents opératoires : Hémorragie — Ergotine.

Conditions opératoires de la 2^e césarienne : Membranes ? travail 2 h. 30, dilatation ?

Suites opératoires de la 2^e césarienne : 2 jours, température 38°4.

Utérus et difficultés opératoires de la 3^e césarienne : Péritoine très adhérent, difficile à décoller. On dépasse la limite de solide attache du péritoine. Décollement vésical n'est poursuivi que peu à cause d'une adhérence fibreuse dure. Incidents opératoires : Hémorragie — Ergotine — Hypophysine.

Observation IV. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes venant de se rompre. Travail 0. Dilatation 0.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.-

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Péritoine plus adhérent que normalement Incidents opératoires : 0.

Observation V. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail au début. Dilatation 0.

Suites opératoires de la 2^e césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Décollement vessie assez difficile. Elle est remontée haut sur le segment inférieur. Incidents opératoires : 0.

Observation VI. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 0. Dilatation 0.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro pariétales sur toute la hauteur de l'incision. Section entre 2 ligatures. Décollement vessie et péritoine facile. Segment inférieur d'aspect cicatriciel, très mince.

Observation VII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues 1 h. Travail 14 h. 30. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Pendant 12 jours température 38°, 38°, 8.

Lochies fétides. Apyrexie ensuite.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérence vésicale très marquée. Plaie vésicale, suturée immédiatement. Décollement du péritoine assez facile. Fine vascularisation sus-péritoine. Cicatrice sur segment inférieur nettement perceptible Résection. Incidents opératoires : 0.

Observation VIII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 18 h. Dilatation complète.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Plaie vesicale. Sonde à demeure. Cystite. Suppuration pariétale. Fièvre 10 jours. Température descendue de 39°, 7 à 37°, 4.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Péritoine friable, fortement adhérent au segment inférieur. Incidents opératoires : 0.

Observation IX. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes 4 h. 15. Travail 4 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Pendant 6 jours température 38°-39°.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro-pariétales serrées surtout dans fosse iliaque gauche. Une adhérence large de 3 à 4 travers de doigts va de la paroi à l'utérus. Décollement vésical difficile. Tissu fibreux surtout sur ligne médiane. On ne poursuit pas le décollement. Hystérotomie sur partie basse du corps utérin. Incidents opératoires : Petite hémorragie.

Observation X. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes 4 h. Travail 0. Dilatation 0.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétique.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne :

rienne : vessie facilement décollable. Cicatrice du segment inférieur fibreuse, légèrement froncée aux extrémités. Épaisseur du segment inférieur normale. Incidents opératoires : 0.

Observation XI. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes 3 h. Travail 10 h. 30. Dilatation?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétique.

État utérus de la 2^e césarienne : Point blanchâtre seul reliquat de l'ancienne cicatrice. Incidents opératoires : 0.

Observation XII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes 1 h. 30. Travail 24 h. Dilatation complète.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Pendant 5 jours température 39°, 6-38°, puis normale.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Vessie très remontée sur le segment inférieur. Aspect cicatriciel, blanchâtre de la région vesico-utérine. Nombreux vaisseaux vesicaux dilatés. Décollement vésical très difficile. Hémorragie. Plaie vesicale. Décollement péritoine facile. Épaisseur du segment inférieur normale. Incidents opératoires : La paroi utérine saigne à chaque point de suture.

Observation XIII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes 2 h. Travail ? Dilatation complète.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétique.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Pas de traces de cicatrice ancienne. Épaisseur normale du segment inférieur. Incidents opératoires : 0.

Observation XIV. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne. Membranes rompues 17 h. Travail 10 h. Dilatation 2 Fr. Température 38°, 5. Mikulicz.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : 1^{er} et 2^e jour température 38°, 5-38°. Apyrexie.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérence de l'épiploon à la paroi. Section et ligature. Adhérence de la vessie. Cicatrice du segment inférieur d'aspect étoilé. Segment inférieur très mince. Résection de l'ancienne cicatrice. Incidents opératoires : Hémorragie assez abondante — Ergotine.

Observation XV. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail début. Dilatation 0.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : 2^e et 3^e jour température 38°, 2.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Vessie adhérente surtout à droite. Pas de trace de cicatrice ancienne. Épaisseur normale du segment inférieur sauf à l'extrémité supérieure de l'incision qui est mince et blanchâtre. Incidents opératoires : 0.

Conditions opératoires de la 2^e césarienne : Membranes ? Travail 9 h. 30. Dilatation ?

Suites opératoires de la 2^e césarienne : Pendant 5 jours température 38°.

État utérus et difficultés opératoires de la 3^e césarienne. Pas d'adhérence utérine pariétale. Décollement vésical difficile. Péritoine non décollable. Incision partie haute du segment inférieur et partie basse du corps utérin.

Observation XVI. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 7 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : 7^e jour gros abcès de la paroi. Désunion totale de la plaie cutanée. Température 37°, 4, crochets thermiques à 38° fréquents. Éventration.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Quelques adhérences du péritoine à la paroi. Incidents opératoires : 2 hémorragies abondantes, 2 injections d'1 cm³ d'ergotine.

Observation XVII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail ? Dilatation 5 Fr.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Lendemain 39°, apyrexie ensuite.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Utérus adhérent à la paroi abdominale. Adhé-

rences débordant en haut l'ombilic, latéralement 3-4 travers de doigt la ligne médiane. Libération facile des adhérences. vessie facilement décollable. Péritoine mince et friable, difficile à décoller. Incidents opératoires : 0.

Observation XVIII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 15 h. Dilation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences de la vessie au niveau du bord gauche de l'utérus. Incidents opératoires : Mauvaise rétraction utérine, hémorragie — Ergotine. Hypophysine.

Observation XIX. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail début. Dilation 2 Fr.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérence utéro-pariétale surtout à droite. Adhérences vésico-utérines libérées aux ciseaux. Vessie pas complètement libérée. Péritoine par places très mince. Extrême minceur du segment inférieur telle que les fibres musculaires se dissocient à gauche. En ce point épaisseur lamellaire. Incidents opératoires : 0.

Observation XX. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues 1/2 h. Travail début. Dilatation 2-5 Fr.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Du 2^e au 8^e jour température 38°-39°.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Aucune adhérence utéro-pariétale. Décollement intervésico-utérin un peu plus difficile que normalement. Ancienne cicatrice très mince, perforée avec ciseaux au cours du décollement du péritoine préutérin. Incidents opératoires : ?

Observation XXI. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 3 h. Dilatation 2 Fr.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro-pariétale et épiploïques multiples. Vessie adhérente à tous les organes voisins. Cul de sac vesico-utérin comblé d'adhérences. Impossibilité de pratiquer une césarienne basse. On fait une césarienne corporéale classique. Incidents opératoires : 0.

Observation XXII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 2 h.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Pas d'adhérences. Incidents opératoires : 0.

Observation XXIII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Avant tout travail. Membranes rompues depuis ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Lymphangite du sein droit.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro-vesicales lâches facilement décollables. Incidents opératoires : 0.

Observations XXIV. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 9 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro-pariétales du côté droit (allant de la fosse iliaque vers la partie moyenne de l'utérus) que l'on respecte. Aucun incident.

Observation XXV. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues depuis ? Travail ? Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Fébriles. Fièvre 39°, 4^e et 6^e jours, ensuite normales.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences utéro-pariétales sectionnées. Péritoine préutérin très mince, friable. Incision empiétant sur corps utérin.

Conditions opératoires de la 2^e césarienne : Membranes intactes. Travail ? Dilatation ?

Suites opératoires de la 2^e césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 3^e césarienne : Adhérences utéro-pariétales larges de 3-4 travers de doigts, allant dans toutes les directions. Décollement vesico-utérin difficile en raison de l'existence d'un tissu cicatriciel. Il ne peut-être poussé au delà de 6 cm.

Observation XXVI. — Conditions et suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Pas de renseignements.

État uterus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Adhérences allant de toute la face antérieure du segment vers le péritoine pariétal. Décollement inter-vesico utérin difficile. Pas de plan de clivage. : Incidents opératoires : Hémorragie importante — Ergotine.
* Segment inférieur épais, mal formé.

Observation XXVII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes venant de se rompre. Travail 15 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Subfébriles.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Quelques adhérences péritonéales. Segment inférieur mal formé. Tissu fibreux sur la ligne médiane rendant la section difficile. Les points de suture déchirèrent le segment inférieur. On complète l'hémostase par des points en V.

Observation XXVIII. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes rompues depuis 13 h. 30. Travail 6 h. 30.

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyrétiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Quelques adhérences vesico-utérines. Segment inférieur mal formé. Suites opératoires : Hémorragie au cours de la suture — Ergotine.

Observation XXIX. — Conditions opératoires de la 1^{re} césarienne : Membranes intactes. Travail 2 h. Dilatation ?

Suites opératoires de la 1^{re} césarienne : Apyreptiques.

État utérus et difficultés opératoires de la 2^e césarienne : Pas d'adhérences. Aucun incident.

Observation A :

Conditions opératoires : Membranes rompues 1 h. Travail 48 h. Dilatation ?

Suites opératoires : Apyrétiques sauf entre le 9^e et 12^e jour : Température oscillant entre 38°-38°6 : Hydarthrose et œdème au membre inférieur gauche. Immobilisation. Sorti le 30^e jour.

Conditions du 1^{er} accouchement spontané :

Membranes rompues spontanément tempestivement. Durée de la dilatation 14 h. Durée totale du travail 14 h. 30.

Suites des couchés : Normales.

Conditions du 2^o accouchement spontané :

Membranes rompues spontanément, tempestivement. Durée de la dilatation 7 h. Durée totale du travail 7 h. 10.

Observation B :

Conditions opératoires : Membranes rompues 30 minutes.

Trav. 12 h. 15. Dilatation ? Vaginite granuleuse.

Suites : Fébriles 10 jours. Lochies puriformes 7^e jour expulsion d'un fragment de muscle utérin sphacelé, contenant 3 nœuds de catgut. Au toucher dans le cul de sac anter. : masse dure du volume d'une noix arrondie, douloureuse. Sortie guérie le 25^e jour.

Conditions de l'accouchement spontané :

Membranes rompues spontanément, tempestivement. Durée de la dilatation 12 h. Durée totale du travail 12 h. 30.

Suites des couches : Le 4^e jour : Crochet à 39°,5 Apyrexie.

Observation C :

Conditions opératoires : Membranes rompues 19 h.

Travail 17 h. Dilatation ?

Suites : Fébriles pendant 8 jours. Température ayant atteint 39°. Petit hématome de la paroi. Sort le 21^e jour.

Conditions de l'accouchement spontané :

Membranes rompues prématurément. 12 h. 30 avant l'accouchement. Durée totale. Travail 6 h. 30. Dilatation 6 h.

Suites de couches normales.

Observation D :

Conditions opératoires : Membranes rompues 32 h. 30.

Travail 8 h. 30. Dilatation ? Température 36°, 8.

Suites : 2 drains. 2 mèches dans les fosses iliaques.

Apyrexie.

Conditions de l'accouchement spontané :

Membranes rompues spontanément, tempestivement. Durée de la dilatation 15 h. 30. Durée totale du travail 17 h.

Délivrance artificielle très difficile, le placenta adhère à la cicatrice du segment inférieur.

Suites : Température oscille 38°-39°. Puis à 40° 7.

Infection utérine. Lochies fétides. Hémoculture positive. Mort le 11^e jour.

L'examen de ces observations montre que : en face d'une femme à terme et ayant subi antérieurement une césarienne basse, nous ne pouvons pas porter un pronostic certain de la parturition en nous basant sur les conditions et les suites opératoires de la 1^{re} césarienne. Le diagnostic clinique de l'état de l'utérus et le pronostic ne peuvent être qu'approximatifs.

Il ressort de nos observations que :

1° Si les conditions et les suites opératoires avaient été mauvaises on pourrait conclure dans le sens suivant :

a) S'il n'y a pas d'obstacle à l'accouchement par voie basse, l'accouchement spontané peut être tenté.

L'intervention systématique du fait des mauvaises conditions et suites opératoires antérieures, ne paraît pas, d'après nos observations, justifiée (*Voir surtout Obs. B.*)

b) Dans les cas d'intervention itérative pour dystoxie osseuse, il pourra y avoir quelques difficultés opératoires, qui sont en général surmontables, mais dont l'appréciation clinique préalable est difficile.

2° Si les conditions et les suites opératoires avaient été bonnes le pronostic de l'accouchement spontané et des difficultés opératoires au cours d'une césarienne itérative, est meilleur.

Cependant les difficultés opératoires peuvent exister malgré ces conditions favorables.

Sur 9 cas de nos observations, dans lesquels les conditions opératoires avaient été bonnes, et les suites opératoires apyrétiques, 3 ont présenté au cours de la césarienne suivante, des difficultés opératoires assez sérieuses.

Monsieur le Professeur Couvelaire avait dit à propos des césariennes corporeales itératives¹ : « La résistance présumée de la cicatrice utérine ne peut être appréciée cliniquement que d'une façon très relative. Les rensei-

1. Gynécologie et Obstétrique, Tome II, 1920 N° 4.

gnements fournis par les commémoratifs (en particulier sur les conditions et les suites opératoires, sur la séparation des sections césariennes, sur le nombre et l'évolution des gestations ultérieurs), devront entrer en ligne de compte mais ils ne donneront que des renseignements de simple probabilité, sujets à erreur ».

Cela est encore vrai pour les césariennes basses itératives.

La qualité d'un utérus ne peut donc être évaluée que par un examen direct au cours d'une hystérotomie ou d'une délivrance artificielle en cas d'accouchement spontané.

Voici d'ailleurs deux examens histologiques d'anciennes cicatrices des césariennes basses, faites à Baudelocque (Prélèvements faits au cours des césariennes itératives).

I. (*Observation* 32 de 1931. — *Histologie* n° 919).

La coupe est constituée par 2 zones distinctes :

1. Une région de musculature normale.
2. Une région, où les fibres musculaires sont rares, espacées, noyées dans un tissu conjonctif et où l'on note de très nombreuses zones hémorragiques. Les capillaires y sont entourés d'une couronne de polynucléaires. Il y a des nombreux vaisseaux extasiés.

II. (*Observation 39 de 1931. — Histologie n° 290*).

Le fragment est constitué surtout par du tissu collagène très vascularisé. En un point on remarque une zone de musculature normale. Ça et là quelques fibres lisses, plus ou moins dégénérées.

Réaction lymphocytaire intense périvasculaire.

Greenhill et Bloven rapportent 37 examens de cicatrices prélevées au cours des césariennes itératives. 5 de ces cicatrices sont tellement minces que l'épreuve du travail paraît impossible. Cependant 2 de ces 5 cicatrices la supportent très bien.

La solidité de la cicatrice utérine est confirmée par d'autres auteurs comme Wetterwald, Perrier, Hauch, Hartmann, Gaifami. La « *restitutio ad integrum* » avait été plusieurs fois constatée (Greenhill, Gaifami).

En nous basant sur les observations de la Clinique Baudelocque, nous pouvons également conclure à la bonne qualité des cicatrices.

En ce qui concerne les cicatrices après césarienne classique, Maurisson Lacombe arrive à la conclusion suivante : Le processus de cicatrisation est essentiellement variable depuis l'accollement simple de la muqueuse et du péritoine jusqu'à la restitution ad integrum. Pratiquement 3/4 des cicatrices sont de toute sécurité, 1/4 présente des amincissements plus ou moins considérables. Mais même si la cicatrice est très mince, l'accouchement spontané est encore possible.

CICATRICE CUTANÉE ABDOMINALE

L'état de la cicatrice cutanée au cours de la 2^{me} césarienne ou des accouchements spontanés après césarienne basse, avait été le suivant :

Sur 27 cicatrices examinées :

Il y a eu :

- 2 éventrations
- 8 cicatrices mobiles
- 4 cicatrices adhérentes
- 3 cicatrices chéloïdes
- 7 cicatrices douloureuses
- 3 cicatrices sans particularités

Il est intéressant de constater que :

- 1 éventration
- 6 cicatrisations douloureuses
- 3 cicatrices chéloïdes,
- 4 cicatrices adhérentes, ont été

trouvées chez des femmes, qui après leur première césarienne avaient eu des suites opératoires fébriles ; au contraire les 8 cicatrices mobiles chez des femmes à suite opératoires apyrétiques (dans un seul cas elles avaient été subfébriles).

A titre de comparaison nous citons les chiffres de M. Lacombe : sur 50 observations il a trouvé : 9 amincissements de la cicatrice cutanée, et 2 éventrations.

Partant de nos observations nous arrivons finalement à la conclusion suivante :

Si une femme antérieurement césarisée, arrive au terme d'une nouvelle gestation on ne portera aucun pronostic certain de la parturition, mais on conseillera l'hospitalisation assez précoce afin de pouvoir intervenir le cas échéant.

Restant sous cette surveillance étroite la femme va :

- a) accoucher spontanément,
 - b) ou subir une nouvelle césarienne basse,
- suisant les cas de dystoxie permanente ou passagère.

a) L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

4 femmes césarisées à la Clinique Baudelocque ont accouché :

3, une fois,

1, 2 fois, (*Observ.* A, B, C, D).

Les 4 césariennes basses, pratiquées chez des femmes qui dans la suite ont accouché spontanément, avaient été faites dans des conditions défavorables : la poche des eaux étant rompue depuis 1 h., 0 h. 30, 19 h., 32 h., 30 heures, mais sans fièvre, et une des femmes ayant une vaginite granuleuse (*observ.* B). Parallèlement les suites opératoires avaient été dans tous les 4 cas plus ou moins mouvementées :

1 fois (*observ.* B), température avec phlébite gauche légère.

1 fois (*observ.* B), température avec, — fait extrêmement intéressant, — expulsion du muscle utérin sphacelé, contenant des catguts et suppuration intervesico-

utérine. Donc : cicatrice du segment inférieur de valeur douteuse.

1 fois (*observ. C*), température avec petit hématome suppuré de la paroi.

1 fois (*observ. D*), les suites sont restées apyrétiques, malgré que les conditions opératoires avaient été particulièrement défavorables. En effet, l'opération avait été faite 32 heures après la rupture des membranes avec hémorragie au cours de l'intervention, donc possibilité de souillure des lèvres de la plaie. Drainage.

Cependant toutes les 4 femmes ont mené leurs 5 gestations ultérieures à terme et accouché spontanément dans des conditions normales avec des suites de couches qui sont restées apyrétiques dans 3 cas.

Dans le 4^e cas (*observ. D*), la femme est morte 11 jours après son accouchement, à la suite d'une délivrance artificielle.

Nous savons que cette femme a été opérée dans des conditions défavorables.

Au cours de son accouchement spontané (18 mois après la césarienne basse) : la durée du travail a été peut-être un peu longue : 17 heures. L'expulsion du fœtus avait duré 1 h. 30 et 1 h. 45, plus tard le placenta adhérent à la cicatrice n'était pas décollé.

Voilà 3 faits qui pouvaient peut-être faire penser que la qualité physiologique de l'utérus et de sa cicatrice n'était pas de premier ordre. La solidité de la cicatrice

au contraire excellente). Mais si nous remarquons que ce 1^{er} accouchement spontané a eu lieu chez une femme de 36 ans, il devient probable que la diminution de la valeur physiologique de l'utérus était due à d'autres causes plutôt qu'au fait de la césarienne antérieure.

Ce cas mortel ne paraît donc pas compromettre le pronostic favorable des accouchements spontanés après césarienne basse, qui semble devoir être porté d'après les 5 accouchements que nous avons cité (surtout *obs. B*).

M. Wetterwald a observé 34 accouchements spontanés sur 54 gestations survenues après 45 césariennes basses, ce qui fait 62 %. Lichtenstein (cité par Perrier, Thèse, Strasbourg 1923), a pu observer après césarienne basses outre des gestations simples, une gestation gemellaire avec hydramnios chez une secondipare. L'accouchement dura 48 heures et se termina par version et extraction des 2 enfants pesant 1390 et 2.400 grammes. Il existait 6.000 grammes de liquide amniotique. A titre de comparaison il faut citer le fait que Holland compte sur 3374 césariennes classiques, 25 % des ruptures utérines au cours des accouchements spontanés.

La question de la fréquence des adhérences du placenta à la cicatrice ancienne du segment inférieur et du danger des accouchements spontanés (rupture utérine) dû à ces adhérences, ne peut être envisagée ici à cause du petit nombre des observations que nous possédons.

Il est cependant certain que l'insertion du placenta sur le segment inférieur (donc sur l'ancienne cicatrice) est

assez rare. Ceci est un avantage indiscutable de la césarienne basse. En effet Pankow et Wetterwald (cités par Goussakoff, *Gynécol et obstétric.*, 1930), signalent des ruptures utérines après césariennes classiques dans les cas d'insertion du placenta sur l'ancienne cicatrice. Singer a trouvé que dans 27 cas de rupture utérine après césarienne classique, le placenta était inséré près de l'ancienne cicatrice.

Kustner (cité par Wetterwald) sur 84 cas de césarienne classique a trouvé 48 fois le placenta inséré sur la paroi antérieure et 36 fois sur la paroi postérieure de l'utérus.

Après une césarienne classique le placenta a donc 50 % de chances de se greffer sur l'ancienne cicatrice.

LES RUPTURES UTÉRINES APRÈS CÉSARIENNE BASSE

Nous n'avons observé aucun cas de rupture utérine ni au cours du travail précédant les opérations itératives, ni au cours des accouchements spontanés après césarienne basse.

Nous n'avons à signaler qu'un fait de minceur très accentué de la cicatrice, sans rupture. C'est l'*observation XIX* : Les suites de la 1^{re} césarienne avaient été apyrétiques. A l'examen local au cours de l'opération itérative on note :

« Extrême minceur du segment inférieur, telle que les fibres musculaires se dissocient à gauche. En ce point : épaisseur lamellaire ». Suites apyrétiques

Faut-il étiqueter ce cas de « menace de rupture » ? Il est difficile de donner à cette question une réponse ferme, d'ailleurs si cet utérus était vraiment en menace de rupture cela aurait plutôt un certain intérêt pour le problème des « Ruptures utérines au cours des dystocias osseuses », que pour la question « Ruptures utérines après césarienne basse ».

Presque tous les auteurs comme Baisch, Scheffzek, Kustner, Freund, Franz, Wolf, sont d'avis que la fréquence des ruptures utérines après césarienne basse est moindre qu'après césarienne classique.

Lichtenstein (de la Clinique Zweifel), cite 25 cas de césarienne basse itérative, où les cicatrices ont été d'une solidité parfaite.

J.P. Greenhill (*Amér. journ. obstétr.*, 19, 1930), sur 874 césariennes basses, ne signale aucune rupture utérine (22 accouchements spontanés).

Franz signale 4 ruptures. Freund, Vogt, Wetterwald, Muller, Martin, en signalent chacun une. Max Wetterwald a trouvé dans la littérature sur 3.600 césariennes basses, 10 ruptures utérines, ce qui fait 0,0028 %.

Et voici à titre de comparaison quelques chiffres concernant la fréquence des ruptures utérines, après césarienne haute :

Les chiffres sont cités par Maurissou Lacombe :

1904 Van Leuven	2,06 %
1909 Singer	5,90 %
1911 Marioton	2,5 %
1912 Essen Muller	14 %
1916 Haven et Young	8 %
1916 Williams	20 %

Clinique Baudelocque

sur 50 observations 4 (en plus 2 menaces de rupture.)

Les chiffres plus récents sont : 1,2 % (Schröder 6 % (Audebert) 2,5 à 4 % (Guiple).). Comme nous le disions plus haut Holland, cité par Goussakoff (Gyn. Obst. 1930) compte sur 3374 césariennes classiques 25 % de ruptures utérines au cours des accouchements spontanés.

Il semble donc que le bilan de la césarienne basse soit beaucoup moins chargé que celui de la césarienne classique.

Nous signalons encore, à ce titre les faits suivants cités par Wetterwald : Dans un cas de Baisch la femme a subi une césarienne haute et une basse ; la rupture avait intéressée la cicatrice corporéale. — Kustner fait une incision à cheval ; la rupture siège sur la partie corporéale.

b) LA CÉSARIENNE ITERATIVE.

TECHNIQUE. ANESTHÉSIE ET INCIDENTS OPÉRATOIRES.

d) Technique opératoire des césariennes basses.

Procédé adopté à la Clinique Baudelocque¹.

Position de Trendelenbourg.

Laparatomie médiane allant du pubis à l'ombilic.

Mise en place de la grande valve de Doyen. Protection

1. Convelaire et Portes. A propos de la Césarienne transpéritonéale basse. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 9 octobre 1926, p. 647.

soigneuse de la cavité péritonéale par 3 champs, dont l'un est insinué dans l'angle supérieur de la plaie abdominale et dont les 2 autres sont insinués sur les 2 côtés, entre la paroi et l'utérus.

La vessie saisie avec une pince en cœur est attirée au dehors.

Incision du cul de sac intervésico-utérin, allant d'un ligament large à l'autre.

Décollement du péritoine du segment inférieur en haut jusqu'à la limite de la solide attache.

Décollement de la vessie aussi bas que possible (valve de Polasson).

Incision du segment inférieur sur la ligne médiane. Incision allant vers le haut jusqu'à la zone d'adhérence du péritoine, vers le bas le plus loin possible en protégeant la vessie.

Les lèvres de l'incision sont saisies par des pinces en cœur qui permettent d'extérioriser en quelque sorte la brèche du segment inférieur et d'éviter le plus possible l'issue de sang ou de liquide amniotique dans la cavité abdominale.

Extraction de l'enfant :

Amener la bouche en avant, vers la brèche du segment inférieur. Saisir le menton entre 2 doigts ; Extraire la tête par des petits mouvements de flexion et de déflexion.

Dans les cas exceptionnels, où cette manœuvre échoue, on a recours au forceps ; voir même à l'extraction du fœtus par version.

Délivrance manuelle :

Un champ est insinué temporairement dans la cavité utérine pour éviter l'issue du sang dans la cavité utérine.

Suture du segment inférieur en 2 plans :

1. Points séparés au catgut n° 3 qui prennent la totalité de l'épaisseur du segment inférieur.

2. Surjet au catgut n° 1 enfouissant le plan précédant. Changer de gants dans les cas suspects d'infection.

Fixation de la vessie à l'angle supérieur de l'incision par un point en V au catgut.

Suture du péritoine vésical à la face antérieure du segment inférieur par un surjet transversal au catgut n° 0. Le lambeau péritonéal supérieur est rabattu sur le péritoine vésical par un 2^e surjet transversal. On enlève les champs.

Suture en 3 plans :

1. Péritonéal, surjet au catgut n° 1.

2. Aponévrotique, points séparés au catgut n° 3.

3. Cutané, agrafes de Michel.

3 crins avec Bourdonnet.

A) Technique opératoire des césariennes basses itératives.

Elle est essentiellement la même que celle de la césarienne basse primitive décrite plus haut, sauf quelques détails qui sont :

La résection habituelle de la cicatrice cutanée.

Libération au doigt des adhérences utéro-pariétales. Si elles sont serrées, résistantes et n'intéressent pas la face antérieure de l'utérus on peut les respecter.

Section entre deux ligatures des adhérences épiploïques les plus souvent très lâches.

Le décollement au doigt et aux ciseaux du péritoine prés-utérin doit être pratiqué prudemment, le péritoine étant souvent adhérent, friable et très vascularisé.

Dans les cas exceptionnels, où le péritoine ne se laisse pas décoller, l'inciser sur la ligne médiane, ou faire latéralement 2 incisions longitudinales (incisions de décharge).

Décollement très prudent de la vessie qui souvent est très adhérente et s'effondre facilement sous le doigt.

Examen du segment inférieur au point de vue : Reliquat de la cicatrice ancienne, qu'on peut reséquer. Épaisseur de ses parois. En principe : Ligature et sections des trompes s'il s'agit d'une 3^e césarienne.

Nous indiquerons les cas particuliers de la technique opératoire au cours des observations.

Anesthésie et incidents opératoires au cours des césariennes itératives.

Nous avons observé :

Sur 19 anesthésies à l'éther, 6 hémorragies, qui ont nécessité 4 fois l'injection des substances hemostatiques (1 à 2 cc. d'ergotine ou hypophysine).

Sur 6 anesthésiés au chloroforme, 1 hémorragie (1 cc. d'ergotine).

Sur 2 rachianesthésies, pas d'hémorragie.

Sur 1 anesthésie à l'éther avec chloroforme ensuite, 1 hémorragie (1 cc. d'ergotine).

En somme : sur 28 anesthésies, 8 hémorragies, dont 6 au cours des anesthésies à l'éther.

Conclusion : Si ces hémorragies sont dues à l'anesthésique et non aux difficultés opératoires, ce qui nous est difficile d'envisager ici, nous concluerons, d'après nos observations, que l'anesthésie à l'éther prédispose aux hémorragies parfois notables.

*Les difficultés opératoires, rencontrées au cours
des césariennes basses itératives.*

Adhérences épiploïques, notées 4 fois (Obs. : I 2^o cés., I 3^o cés., XIV, XXI). Toutes les 4 fois facilement décollables.

Adhérence utéro-pariétales notées 11 fois (Obs. : II 3^o cés. VI, IX, XVI, XVII, XIX, XXI, XXIV, XXV 2^o, XXV 3^o, XXVI). Toutes les fois facilement libérées ou sectionnées (entre 2 ligatures) sauf dans l'observation IX, XXI et XXIV, où elles étaient d'une importance telle, qu'on avait jugé nécessaire de les respecter.

Adhérences utéro-péritonéales. Notées 10 fois (Obs. II 3^o, III 2^o, III 3^o, IV, VIII, XV, XVII, XIX, XXV 2^o, XXVII). Une fois (Obs. III) le décollement difficile du péritoine s'est accompagné d'hémorragie. Dans l'Observation XIX, le plan péritonéal était difficilement reconnaissable. On a été obligé de faire une incision transversale atypique au-dessus du cul de sac vesico-utérin. La suture du péritoine a été faite d'une façon atypique, longitudinalement. Dans les Observations XV et XXV le

péritoiné a été non décollable. On a été obligé de pratiquer une incision sur la partie haute du segment inférieur et la partie basse du corps utérin.

Les adhérences utéro-vésicales sont notées 16 fois (Obs. I3°, II3°, III3°, V, VII, IX, XII, XIV, XV, XVIII, XIX, XXI, XXIII, XXV3°, XXVI, XXVIII).

Deux fois le décollement de la vessie avait produit une hémorragie (Obs. I3, XXVI), 4 fois le décollement très difficile, n'a été poursuivi que très peu. (Obs. III3°, IX, XIX, XXV3°). Dans un de ces 4 cas (Obs. IX), la difficulté rencontrée au cours du décollement de la vessie avait conduit à pratiquer une hysterotomie sur la partie basse du corps utérin. Dans l'Observation XXI la vessie a été tellement adhérente à tous les organes voisins qu'on a été obligé de faire une opération corporeale. Dans deux cas la friabilité du tissu vésical était tel, que la vessie, décollée prudemment, s'est effondrée sous le doigt. Les plaies, d'une grandeur d'une pièce de 0 fr. 50, ont été suturées immédiatement (avec mise en place d'une sonde à demeure). (Obs. VII et XII). (Dans 1 cas (Obs. VII). Les suites opératoires avaient été apyrétiques. Dans l'autre (Obs. XII) : 14 jours. Apyrétiques. 16^e jour. Température 38°39° : Phlébite. Sortie le 32^e jour).

Les adhérences sont-elles plus importantes après la césarienne classique ou basse? Il semble que le bilan de cette dernière soit beaucoup moins chargé que celui

de la césarienne haute. Sur 13 césariennes basses itératives Max Wetterwald n'a jamais rencontré des adhérences.

Et voici quelques chiffres concernant la césarienne corporéale et donnés par Maurisson Lacombe : Sur 50 césariennes itératives les adhérences de l'utérus à la paroi, et à l'épiploon ont été rencontrées dans 32 cas se répartissant ainsi : 18 légères, 6 multiples (dont 3 intestinales avec 1 cas mortel par occlusion intestinale), 2 symphysés utéro-pariétales. En ce qui concerne les fistules utéro-pariétales provenant généralement de l'élimination d'un catgut non résorbé ou d'une soie, elles se rencontrent dans environ 4 % des cas.

Il faut noter que dans la césarienne basse, ou l'extériorisation de l'utérus n'est pas nécessaire, les adhérences (surtout utéro-pariétales) ont une importance moindre.

Comme cause d'adhérences on cite surtout l'infection. Les adhérences sont plus fréquentes après des césariennes qui eurent des suites fébriles. Mais cette règle souffre de beaucoup d'exceptions. Nous avons en effet plusieurs observations, où il n'y a eu aucune adhérence malgré les suites opératoires fébriles. Et vice versa.

Quel est le rôle du liquide amniotique (en tant qu'agent d'irritation), dans la création des adhérences ? Dans 11 cas de notre statistique, où la 1^{re} césarienne fut pratiquée les membranes étant encore intactes, on a trouvé, au cours de la césarienne itérative des adhérences souvent importantes (surtout vesicales). Cela indi-

que peut-être que le liquide amniotique (même stérile) envahissant la cavité abdominale doit être considéré comme une des causes d'adhérences. D'où nécessité d'une protection de la cavité.

Épaisseur du segment inférieur. Traces de cicatrice ancienne.

5 fois on note des traces visibles de l'ancienne cicatrice (Obs. II, VII, X, XI, XIV.). Dans un de ces cas (Obs. II) on trouve et on enlève (au cours de la suture du segment inférieur) 3 catguts provenant de l'ancienne suture.

Dans le cas de l'Observation X, la cicatrice a été fibreuse, légèrement froncée aux 2 extrémités. Le jour de l'intervention la malade avait présenté des douleurs permanentes dans la région du segment inférieur.

Dans 2 cas les anciennes cicatrices ont été resséquées (Obs. VII, XIV).

7 fois l'épaisseur du segment inférieur a été moindre que normalement. Dans 1 cas (Obs. XIX) l'amaigrissement a été tel que les fibres musculaires se sont dissociées en un point. A cet endroit l'épaisseur a été lamellaire.

En ce qui concerne la césarienne haute, Maurisson Lacombe a noté sur 41 cas : 16 cicatrices bonnes, 8 amaigrissements notables, 2 amaigrissements considérables, 2 ruptures utérines (4 %).

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CRITIQUE DE LA SERIE DE NOS OBSERVATIONS

Dans ce travail nous rapportons :

1^o Toutes les observations des césariennes basses, transpéritonéales itératives, pratiquées à la Clinique Baudelocque depuis l'année 1926 jusqu'au 1^{er} juillet 1931, au nombre de 34 (dont 5 faites pour la 3^e fois);

2^o Ensuite viennent les observations de 5 accouchements spontanés après la césarienne basse (dont 2 chez la même femme).

34 césariennes basses itératives.

Indication : Dans tous les cas il y a eu dystocie osseuse.

Les causes ont été :

Le rachitisme, 24 fois.

L'achondroplasie, 1 fois.

Luxation congénitale unilatérale avec rachitisme surajouté, 2 fois.

Les interventions avaient été pratiquées :

20 fois à membranes intactes, avec une dilatation allant de 0 Fr. à 5 Fr. Travail variant de 2 h. à 20 h.

12 fois les membranes étaient rompues depuis 1 h. à 7 h. 30. La dilatation était de 0 à complète. La femme était en travail depuis 0 h. à 15 h. Température normale.

2 fois la rupture des membranes n'a pas été signalée. La femme étant en travail depuis 2 h. 30 à 9 h. 30.

Quel est le rapport entre les conditions (état de la poche, durée du travail, dilatation) et les suites opératoires des césariennes itératives?

Voici nos chiffres :

Dans les 20 cas, où les membranes sont restées intactes, les suites opératoires avaient été apyrétiques sauf :

1^{er} cas (*Obs. XII*). — Intervention : après 2 h. de travail.

Dilatation ? Suites : 16^e jour température montée à 38°-39°. Phlébite gauche. Sort le 32^e jour.

2^e cas (*Obs. VI*) Intervention : après quelques heures de travail. Dilatation 2 Fr. Suites : 1^{er} et 2^e jour, température à 38° 2.

3^e cas (*Obs. III³*). — Intervention : Après 10 h. de travail. Dilatation 2 Fr. Suites : 3^e jour, crochet therpique à 39° 4.

4^e cas (*Obs. II³*). — Intervention : Au début du travail. Dilatation ? Suites : 2^e et 5^e jour, température à 38°, 4.

5^e cas (*Obs. XV³*). — Intervention. Au début du travail. Dilatation entre 2-5 Fr. Suites : Température entre 38°-39° pendant 8 jours.

6^e cas : (*Obs. XXI*). — Intervention : Après 5 h. de travail. Col perméable. Suites : 2^e et 3^e jour, température 38° 3 — 38° 5.

7^e cas (*Obs. XXVII*). — Intervention au début du travail. Dilatation ? Suites : Abscess du sein. Cellulite pelvienne. Mort par septicémie à streptocoques. Sur les 12 observations, où les poches des eaux étaient rompues :

Dans 6 cas les suites opératoires sont restées apyrétiques.

Conditions au moment de l'intervention :

1^{er} cas : Rupture des membranes depuis 1 h. Dilatation 2 Fr.

2^e cas : Rupture des membranes depuis 6 h. Dilatation 0 Travail : 0.

3^e cas : Rupture des membranes depuis 4 h. Dilatation 0. Travail : 0.

Dans les 3 autres cas les membranes venaient de se rompre (2 fois au début du travail et 1 fois après 7 h. de travail).

Les 6 autres cas :

1^{er} cas : Conditions : Poche venant de se rompre (*Obs. I, 2^e cés.*). Travail 0. Dilatation 0. Suites : 5^e jour 38° 6. Ensuite apyrétique.

2^e cas : (*Obs. I 3^e césar.*) : Conditions : Poche rompue depuis 7 h. 30. Travail : 6 h. 30, dilatation ? Suites : 2^e et 4^e jour, 38°, 3. — Apyrexie.

3^e cas (*Obs. II*). Conditions : Poche rompue depuis 1 h.

Travail 5 h. Dilatation 5 Fr. Suites : deux jour, 38°, 4.
Apyrexie.

4^e cas (*Obs. XIV*). Conditions : Poche rompue depuis
1 h. Travail 15 h. Dilatation complète. Suites :
9 jours, température aux environs de 38° ; 10^e
jour : légère infection pariétale avec 38°, 5. —
Apyrexie ensuite.

5^e cas (*Obs. XVI*). Conditions : Poche venant de se
rompre. Durée du travail 4 h. Dilatation complète.
Suites : 8^e jour, 39°, 9^e jour, 39°, 3, 11^e jour, 40°.
Frissons, phlegmon du ligament large. Tempéra-
ture 38°-39°, jusqu'au 16^e jour. Sortie le 32^e jour.

6^e cas (*Obs. XXV*). Conditions : Poche rompue depuis
30 h. Durée du travail 9 h. Dilatation : petite
pomme. Suites : 2^e jour 40°, 2, météorisme, subic-
tère. 5^e jour, tout rentre dans l'ordre.

Et voici les 2 cas, dans lesquels la rupture des mem-
branes n'a pas été signalée :

1^{er} cas (*Observation III*). Conditions au moment de l'in-
tervention. Travail 2 h. 30. Dilatation ?
Suites opératoires : 2 jours : 38°, 5-38°, 3. Apyrexie
ensuite.

2^e cas (*Obs. XV*). Conditions : Travail : 9 h. 30. Dilata-
tion ? Suites : 5 jours température aux environs
de 38°. Apyrexie ensuite.

De l'examen de ces observations il semble se dégager
la conclusion suivante : L'intégrité des membranes au
moment de l'opération ne garantit pas nécessairement

une apyrexie des suites opératoires. D'autre part on observe souvent que les césariennes faites après la rupture de la poche des eaux et au bout de plusieurs heures de travail donnent néanmoins des suites opératoires tout à fait normales.

En résumé :

Les résultats d'ensemble de notre série opératoire sont les suivants :

Suites opératoires absolument apyrétiques : 18 cas.

Les cas, où pendant 1 ou 2 jours la température a été au-dessus de 38° sans jamais dépasser 39° : 8 cas.

Les cas, où, pendant 5 jours, la température oscilla entre 38° et 38°, 6 : 3 cas.

La morbidité était plus sérieuse dans 3 cas.

De ces 3 derniers cas :

1^{er} cas (*Obs. XII*) : 16^e jour : Phlébite. Température entre 38° et 39°. Sort le 32^e jour après l'opération.

2^e cas (*Obs. XVI*) : 11^e jour. Température 40° Frissons. Phlegmon du ligament large. Température oscillante entre 38° 39° pendant 5 jours. Sort le 32^e jour.

3^e cas (*Obs. XIV*) : 10^e jour. Légère infection pariétale. Température 38°, 5 pendant 4 jours.

4^e cas (*Obs. XXV*). 2^e jour 40°2 avec météorisme et subictère. Le 5^e jour tout rentre dans l'ordre.

Un cas mortel (*Obs. XXVII*) par septicémie à streptocoques.

CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS

1. — OPÉRATIONS ITÉRATIVES.

Observation I.

Trois opérations césariennes basses. Bassin généralement retréci, aplati, annelé.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 1988, nov. 1925).
Age : 16 ans. Dernières règles : 8-12 janvier 1925. Début du travail le 11 novembre à 20 h. Intervention le 12 novembre à 17 h. 30 (21 h. 30 après début du travail 11 h. 30 après rupture des membranes). Opérateurs : MM. Desnoyers, Lacomme ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Aucun incident opératoire. — Extraction d'un enfant de 3.480 gr., bi-p., 8,9 par application de forceps. Délivrance manuelle. Placenta de 600 $\frac{3}{4}$ grammes. Insertion du placenta sur la paroi latérale gauche du corps utérin. Injection sous-cutanée de 1 cm³ d'ergotine à titre préventif.

Suites : Pendant les 5 premiers jours, température aux environs de 38°.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 642, février 1927).
Age : 18 ans. Dernières règles : 8-15 juin 1926. Examen de la cicatrice abdominale : elle est médiane, sous-ombilicale, pigmentée, indolore, mobilisable. Cependant, depuis quelques jours : douleurs à la partie basse de la cicatrice. Douleurs spontanées et provoquées. Il ne semble pas y avoir d'adhérences. Il n'y a pas d'éventration. Le 17 mars à 1 h. Rupture spontanée, prématurée de la poche des eaux. On intervient immédiatement. Opérateurs : M. Lacomme, M^{lle} Bach ; anesthésie : chloroforme. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le tissu aponévrotique est un peu sclérosé. Il y a quelques adhérences épiploïques, qu'on lie après section entre 2 pinces. Le décollement du péritoine et de la vessie ne présente aucune difficulté. Sur le segment inférieur on ne remarque aucune trace de cicatrice ancienne. — Extraction facile d'un enfant vivant de 4020 gr., bi-p., 9,9. Délivrance manuelle facile. Placenta de 520 grammes. L'utérus restant mou et saignant on fait une injection souscutanée de 1 cm³ d'ergotine. On termine l'opération par la technique habituelle.

Suites : Les 5 premiers jours la température reste aux environs de 38° avec un maximum de 38°, 6 et un minimum de 37°, 4. Sort le 20^e jour.

3^e gestation et 3^e opération (obs. 2700, déc. 1929).
Age : 20 ans. Dernières règles : 10-15 mars. Cicatrice abdominale un peu douloureuse, difficile à mobiliser transversalement. Intervention le 19 décembre 1929.

6 h. 30 après le début du travail ; 7 h. 30 après la rupture des membranes. Opérateurs : MM. Portes, François ; anesthésie : éther. L'incision du péritoine pariétal se fait prudemment, en décollant au doigt quelques adhérences épiploïques lâches. Le segment inférieur est recouvert sur la ligne médiane et surtout à gauche de quelques adhérences épiploïques, facilement disséquable au doigt. Petites adhérences vésicales. Décollement de la vessie un peu difficile. Petite hémorragie. Le segment inférieur ne porte aucune trace visible de cicatrice. — Extraction d'un enfant de 3940 gr., bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta : 760 grammes. Section des trompes à 3 cm. de la corne utérine entre 2 ligatures. Enfouissement des moignons proximaux sous le péritoine du ligament large par des points en bourse au catgut. On termine par la technique habituelle.

Suites opératoires normales (2^e et 4^e jour, 38°, 3).

Observation II.

Trois opérations césariennes basses. Bassin aplati. P. s. p. : 9,8.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. : A la Clinique Tarnier, nov. 1925). Age : 24 ans. Intervention le 3 nov. 1925 (7 h. après le début du travail ; 9 h. après la rupture des membranes). Césarienne (basse?). — Extraction d'un enfant vivant de 2 livres (?).

Suites apyrétiques.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2372, oct. 1927).
Age : 26 ans. Cicatrice sous et sus-ombilicale, cheloïdienne, très légèrement douloureuse dans la partie inférieure. Début du travail le 28 octobre à 17 h. Intervention le 28 octobre à 22 heures. 5 h. après le début du travail. 1 h. après rupture des membranes. Dilatation de 5 Fr. Opérateurs : M. Lacomme, M^{lle} Bach ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Pas d'adhérence utéro-pariétales. Décollement de la vessie facile. Il ne reste pratiquement (malgré une cicatrice cutanée disgracieuse) aucune trace de la première intervention. — Extraction d'un enfant vivant de 2700 gr. Délivrance anuelle. Placenta : 500 grammes. En pratiquant la suture du segment inférieur on rencontre et on enlève deux anciens catguts, vestiges de la 1^{re} césarienne. Résection de l'ancienne cicatrice cutanée.

Suites : Les 2 premiers jours température à 38°, 4, puis apyrexie complète. Sortie le 20^e jour.

3^e gestation et 3^e opération (obs. 1011, mai 1929).
Age : 28 ans. Dernières règles : 1-5 juillet. Cicatrice sus et sous-ombilicale, chloïdienne à sa partie moyenne ; légèrement adhérente et douloureuse à la palpation. Intervention le 10 mai 1929 (au début du travail, membranes intactes). Opérateurs : M. Séguy. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée. La vessie adhère à l'utérus et elle est décollée lentement. Fine adhérence entre la partie supérieure gauche de la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale. Cette

adhérence est large, d'une épaisseur de 2 cm., et très résistante. Elle est sectionnée. Décollement vésico-utérin assez facile, mais le péritoine, très friable, se déchire facilement. — Extraction au forceps d'un fœtus vivant de 3310 grammes. Délivrance manuelle. Placenta, 540 grammes. Examen de la cicatrice siégeant sur le segment inférieur et résultant de la césarienne antérieure. Cicatrice souple d'un quart de cm. d'épaisseur. Cette épaisseur est constante. Il n'y a pas des zones amincies. Péritonisation difficile étant donné le mauvais état du péritoine. Section des 2 trompes. Pas d'incident opératoire.

Suites : Température 38°, 4 le 2^e et le 5^e jour, puis apyrexie complète. Sortie le 20^e jour.

Observation III.

Trois opérations césariennes basses. Bassin aplati et généralement rétréci. P. s. P. : 10.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 709, avril 1925).
Age : 22 ans. Dernières règles : 13-15 juillet 1924. Début du travail le 29 avril à 8 h. Intervention le 29 à 16 h. 40 (8 h. 40 après début du travail. Dilatation de 0 Fr. 50).
Opérateurs : MM. Sureau, François ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Hémorragie abondante au cours de l'incision du segment inférieur. — Extraction difficile d'un enfant vivant, saisi par un pied, pesant 3670 gr. bi-p., 10 cm. Délivrance manuelle. Placenta : 790 gr. Injection sous-cutané de 1 cm³ d'ergotine.

Suites apyrétiques. Sortie le 21^e jour.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1268, juin 1927).
Age : 24 ans. Dernières règles : 26 juillet 1926. Examen de la cicatrice cutanée sous-ombilicale. Cicatrice souple, indolente, sans adhérences. Début du travail le 12 juin à 18 h. Intervention le 26 à 20 h. 30 (2 h. 30 après début du travail). Opérateurs : M. Ravina ; Anesthésie : éther puis chloroforme. Technique habituelle. Pas d'adhérences utéro-pariétales. Péritoine épaissi, blanchâtre au niveau du cul de sac vésico-utérin et du segment inférieur. Décollement du péritoine difficile. Adhérences multiples, que l'on doit sectionner aux ciseaux. Une ou deux grosses veines saignent abondamment. Décollement de la vessie facile. Pas de traces de l'ancienne cicatrice. — Extraction d'un enfant vivant de 3250 gr., bi-p., 9, 9. Délivrance manuelle. Placenta de 550 grammes. Hémorragie assez importante. Injection sous-cutanée d'un cm³ d'ergotine. Au palper le segment inférieur paraît un peu plus mince dans sa partie droite que dans sa partie gauche.

Suites : Les 2 premiers jours température 38° 5—38° 3. Puis apyrexie complète. Sortie le 20^e jour en bon état.

3^e gestation et 3^e opération (obs. 1437, juin 1930).
Age : 27 ans. Dernières règles 17-21 septembre 1929. Début du travail le 4 juillet à 9 h. Intervention le 4 juillet à 19 h. 10 h. après début du travail. Dilatation de 2 Fr. Membranes intactes. Opérateur : Digonnet ;

anesthésie : éther. Technique habituelle. Aucune adhérence pariéto-utérine. Le péritoine pré-utérin est très adhérent et il est difficile de le décoller. On dépasse la limite de solide attache du péritoine. Le décollement inter-vésico-utérin n'est poursuivi que très peu en raison d'une adhérence fibreuse dure. On évite de poursuivre le décollement à ce niveau pour ne pas risquer d'ouvrir la vessie. — Extraction d'un enfant vivant de 3.000 grammes., bi-p., 8,8. Délivrance manuelle. Placenta de 760 grammes. Hémorragie. Injection sous-cutanée d'une ampoule d'ergotine et d'hypophyse. Arrêt de l'hémorragie. On ne pratique pas d'hystérectomie ni de section des trompes, bien que la césarienne, ait été faite pour la 3^e fois : la femme avait perdu ses 2 premiers enfants.

Suites : Crochet thermique à 39°, 4 le 3^e jour. Puis la température descend à la normale. Sortie le 21^e jour en bon état.

Observation IV.

1 symphyseotomie et 2 opérations césariennes basses. Bassin aplati. P. s. P. : 10,5.

1^{re} gestation. Symphyseotomie (obs. 170, déc. 1924). Age : 22 ans. Dernières règles : 25-30 mars. Début du travail et rupture spontanée des membranes le 30 janvier à 18 h. 15. Symphyseotomie le 31 janvier 1926 à 17 h. ; 25 h. 15 après le début du travail et la rupture des membranes à dilatation entre petite et grande paume. Col

souple. Tête à la partie haute de l'excavation. Signes de souffrance fœtale. Opérateurs : MM. Portes, Lacomme ; anesthésie : éther. Symphyseotomie faite à la scie de Sigli. On pratique ensuite une incision médiane de la lèvre antérieure du col. Et on finit par une application de forceps en O T. — Extraction d'un enfant vivant de 3950 grammes., bi-p., 9,4. Délivrance naturelle. Placenta de 740 grammes. Vérifications des parties molles antérieures : désinsertion sur 3 cm. environ des tissus soussymphysaires de telle sorte que la plaie opératoire communique avec la région vulvaire. Repérage de l'orifice de l'urèthre (sonde de Petzer qui ramène quelques gouttes d'urines claires). Suture de l'orifine externe de l'urèthre aux tissus symphysaires.

Suites de couches normales. Sortie le 52^e jour. Suites opératoires : Fatigabilité à la marche. Troubles urinaires pendant 6 mois. Incontinence dans la station debout.

2^e gestation et 1^{re} opération. Césarienne basse (obs. 641, pars 1927). Age : 24 ans. Dernières règles : 21-25 mai 1926. Incontinence des urines pendant les 6 premiers mois de la gestatio. Examen de la symphyse. Mobilité non exagérée. Interligne rempli par un cal du volume d'une noix. Douleurs aux interlignes sacro-iliaques. Examen des parties molles : Tendance au rectocèle par la faiblesse du raphé ano-vulvaire et des releveurs. L'examen fait penser que les troubles fonctionnels accusés par la malade sont dûs au moins autant à l'insuffisance périnéale qu'à une laxité excessive des inter-

lignes articulaires. On décide l'opération par voie haute en raison : *a)* du bassin aplati et généralement rétréci ; *b)* des lésions des parties molles (vulvaires et vaginales antérieures). Intervention au début du travail. Membranes rompues pendant l'anesthésie, le 16 mars 1927 à 23 h. Opérateurs : MM. Lacomme, M^{lle} Bach ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. — Extraction au forceps d'un enfant vivant de 3650 gr., bi-p., 9,7. Délivrance manuelle. Placenta : 740 gram. Hémorragie abondante, 1 cm³ d'ergotine injectée sous la peau l'arrête.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

3^e gestation et 2^e opération.. Césarienne basse (obs. 86, janvier 1929). Age : 27 ans. Dernières règles : 2-4 avril 1928. Dès le début de cette gestation les troubles urinaires, qui avaient disparu après la 2^e gestation, ont repris. Démarche pénible et douloureuse. Diastasis de la symphyse pubienne de 1/2 cm., nettement exagérée quand on fait marcher la femme sur place. Pas de cal symphysaire noté précédemment. Périnée dans le même état qu'en 1927. Intervention le 12 janvier à 11 h. 6 h. après rupture prématurée des membranes. Avant tout début du travail. Opérateur : M. Ségué ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée ancienne très épaisse. Aucune adhérence entre l'utérus et la paroi. Péritoine plus adhérent que normalement. Paroi utérine normale. — Extraction d'un enfant vivant de 3830 grammes, bi-p., 9,8.

Délivrance manuelle. Placenta de 900 gr. Section des 2 trompes. Aucun incident opératoire. Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en état satisfaisant.

Observation V,

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement retréci. P. s. P. : 10 cm.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 964, avril 1927). Age : 19 ans. Dernières règles : Fin juillet 1926. Intervention le 18 avril à 11 h. (au début du travail. Membranes intactes). Opérateurs : M. Ravina, M^{lle} Bach ; anesthésie : éther. Technique habituelle. — Extraction au forceps d'un enfant vivant de 3620 grammes. Délivrance manuelle. Placenta de 580 grammes. Hémorragie assez abondante. 1 cm³ d'ergotine sous-cutanée. L'incision du segment inférieur s'est spontanément prolongée en haut et empiète légèrement sur le corps utérin. Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 363, janvier 1929). Age : 21 ans. Dernières règles : 13-15 mai 1928. Intervention le 31 janvier (au début du travail. Membranes intactes). Opérateur : M. Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. Pas d'adhérences utéro-pariétales. Décollement assez difficile de la vessie, surmontée assez haut sur la face antérieure du segment inférieur surtout à gauche. — Extraction d'un enfant vivant de 3230 grammes., bi-p., 9,5. Délivrance manuelle. Placenta : 530 grammes.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

Observation VI.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati et généralement rétréci P. s. P. : 10 cm.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (à la Clinique Tarnier, oct. 1928). Age : 18 ans. Intervention le 11 oct. 1928. Avant le début du travail. Avant la rupture de la poche des eaux. Opérateur : M. le professeur Brindeau. — Extraction d'un enfant vivant de 3250 grammes.

Suites apyrétiques.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2635, déc. 1929). Age : 19 ans. Dernières règles : 17-25 février 1929. Intervention le 10 janvier. (Quelques heures après le début du travail. Dilatation de 2 Fr. Membranes intactes.) Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée abdominale. Sur toute la hauteur de l'incision abdominale, sous-ombilicale il existe une adhérence de la face antérieure de l'utérus au péritoine pariétal, adhérence qui est sectionnée entre 2 ligatures. Décollement de la vessie et du péritoine facile. La paroi du segment inférieur, d'aspect cicatriciel, est très mince. — Extraction d'un enfant vivant de 3080 grammes, bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta de 400 grammes.

Suites apyrétiques sauf les 2 premiers jours, 38°, 2. Sortie le 20^e jour.

Observation VII.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati et généralement retréci. P. s. P. : 10,3.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 2270, déc. 1926).
Age : 19 ans. Dernières règles : 2-7 mars 1926. Intervention le 7 décembre 1926 (14 h. 30 après le début du travail 1 h. après la rupture des membranes). Opérateurs : MM. Portes, Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. Extraction d'un enfant vivant de 3520 grammes, bi-p., 9,7. Délivrance manuelle. Placenta de 600 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : Pendant 12 jours température oscillante entre 38° et 38°, 8, pouls 90-100. Lochies fétides. A partir du 13^e jour température et pouls tombent lentement à la normale.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2346, oct. 1929).
Age : 22 ans. Dernières règles : ? Cicatrice abdominale ancienne de césarienne paraissant adhérente à l'utérus. Intervention le 30 octobre 1929, au début du travail, membranes intactes. Opérateurs : MM. Séguy, Lacomme ; anesthésie : éther. Décollement péritonéal assez facile. Fine vascularisation sus-péritonéale. Adhérences assez marquées entre vessie et utérus. Plaie vésicale, suturée instantanément. La cicatrice ancienne sur le segment inférieur est nettement perceptible et on la resèque. — Extraction d'un enfant vivant de

3400 grammes. bi-p., 9,7. Délivrance manuelle. Placenta : 845 grammes.

Suites apyrétiques. Sortie le 21^e jour en bon état.

Observation VIII.

Deux opérations césariennes basses. Bassin transversalement aplati P. s. P. : 11. Bi-épineux iliaque antérieur, 18 cm. Bi-crête, 24 cm. Bi-trochantérien, 27 cm.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 626, mars 1926). Age : 19 ans. Dernières règles : 15-23 janvier 1925. Intervention le 29 mars à 21 h. 18 h. après début du travail. Dilatation complète, membranes intactes. Opérateurs : MM. Portes-Digonnet; anesthésie : éther. Technique habituelle. Décollement au doigt de la vessie. Le tissu vésical est très friable et le doigt effondre un petit point (largeur d'une pièce de 0 fr. 50) de la paroi vésicale. Suture immédiate au catgut de la plaie vésicale. — Extraction d'un enfant vivant de 3220 grammes, bi-p., 9,8. Délivrance manuelle. Placenta de 800 grammes. Sonde à demeure dans la vessie. Urine teintée de sang immédiatement après.

Suites : Fébriles pendant 10 jours, au cours desquels la température descend lentement de 39° 7 à 37° 4. Suppuration pariétale. Cystite. Sortie le 36^e jour dans un état excellent.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 118, avril 1929). Age : 22 ans. Dernières règles : 17-23 juillet 1928. Cicatrice

de laparatomie ancienne adhérente et douloureuse à sa partie moyenne : suppuration pariétale ancienne.

Intervention le 13 avril 1929 (au début du travail membranes intactes). Opérateur : M. Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée. Le péritoine présegmentaire se laisse assez facilement décoller. Cependant il est assez friable et fortement adhérent au segment inférieur. — Extraction au forceps d'un enfant vivant de 3080 grammes., bi-p., 9,5. Délivrance manuelle. Placenta de 400 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques sauf un crochet thermique à 39° le 5^e jour. Sortie le 20^e jour en bon état.

Observation IX.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati et généralement rétréci. P. s. P. : 9,6.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 1075, mai 1928). Age : 31 ans. Dernières règles : 7-9 août 1927. Intervention le 22 mai. 4 h. après le début du travail. 4 h. 15 après la rupture des membranes. Opérateur : M. Ravina ; anesthésie : éther. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3300 grammes, bi-p., 9,3. Délivrance manuelle. Placenta de 600 gr. Hémorragie assez abondante. Massage de l'utérus. 1 cm³ d'ergotine en injection sous-cutanée.

Suites : Température oscillante entre 38° et 39° jusqu'au 6^e jour. Le pouls est aux environs de 100. Immo-

bilisation des membres inférieurs le 4^e jour. A partir du 7^e jour, apyrexie complète. Sortie le 30^e jour en bon état.

2^e *gestation et 2^e opération* (obs. 530, mars 1930).
Age : 33 ans. Dernières règles : 3-6 juin. Intervention le 13 mars à 23 h. (1 h. après rupture des membranes. Dilatation de 2 Fr. Opérateurs : M. Dignonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée ancienne cheloïdienne. Adhérences utéro-pariétales. Elles sont particulièrement serrées du côté de la fosse iliaque gauche. Ici une adhérence, large de 3 à 4 travers de doigts, forme une bande oblique en bas et en dedans entre l'utérus et la paroi abdominale. En dehors elle se perd dans les adhérences de la fosse iliaque gauche. Ces adhérences sont respectées. Noter que le segment inférieur est mal formé. La vessie est très difficile à décoller de la face antérieure du segment inférieur, en particulier sur la ligne médiane, où il existe du tissu fibreux. On craint une déchirure vésicale et l'on ne poursuit pas le décollement inter-vésico-utérin. Le décollement effectué était de 4 cm. environ. A la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus il n'existe pas de péritoine décollable. On en est réduit à pratiquer une hystérotomie sur la partie basse du corps utérin et sur la partie haute du segment inférieur. La paroi est épaisse à ce niveau. Faible hémorragie au niveau de l'incision. — Extraction d'un enfant vivant, dont la tête est très élevée et dont il est difficile d'atteindre la

bouche. Poids : 3640 grammes, bi-p., 9,8. Délivrance manuelle. Placenta 600 grammes. La partie inférieure de l'incision utérine est recouverte par la vessie. On termine par le procédé habituel.

Suites apyrétiques. Sorti le 25^e jour.

Observation X.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement rétréci P. s. P. 10, 1.

1^{re} *gestation et 1^{re} opération* (obs. 316, février 1925). Age : 20 ans. Dernières règles : 21-27 mai 1924. Intervention le 22 février à 16 h. (avant tout début du travail 4 h. après la rupture prématurée des membranes). Opérateurs : MM. Portes, Sureau. Rachianesthésie. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 2810 grammes, bi-p., 9,2. Délivrance manuelle. Placenta : 600 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

2^e *gestation et 2^e opération* (obs. 983, mai 1926). Age : 22 ans. Dernières règles : allaitait. Ventre en besace. Cicatrice de laparatomie antérieure brune, lâche, indolore. Éventration sous-ombilicale. Douleur permanente dans le bas-ventre (région du segment inférieur) le jour de l'intervention. Intervention avant tout début du travail. 4 h. après rupture spontanée des membranes). Opérateurs : MM. Portes, Desnoyers. Rachianesthésie.

Technique habituelle. La vessie remonte haut sur le segment inférieur, mais son adhérence est assez faible et il est facile de décoller le péritoine en haut et la vessie en bas. La cicatrice de la suture antérieure est fibreuse, légèrement froncée à ses 2 extrémités. L'épaisseur du segment inférieur à ce niveau, lorsqu'on l'incise, ne paraît pas plus mince que normalement. — Extraction d'un enfant vivant de 2960 grammes. Délivrance manuelle. Placenta : 630 grammes. Suture de l'utérus sans résection de la première cicatrice. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques.

Observation XI.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement rétréci. P. s. P. : 10,4.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 432, février 1925).
Age : 23 ans Dernières règles : 16-20 mai. Intervention le 14 mars à 10 h. 30 (10 h. 30 après le début du travail, 3 h. après rupture spontanée précoce des membranes).
Opérateurs : MM. Portes, Desnoyers ; anesthésie : chloroforme après tentative infructueuse de rachianesthésie.
Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3760 grammes, bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta : 680 grammes.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2119, sept. 1926).
Age : 24 ans. Dernières règles : 12-16 nov. 1925. Cicatrice de césarienne antérieure souple sans adhérences. Intervention le 14 nov. à 15 h. (4 h. après début du travail, membranes intactes). Opérateurs : MM. Portes, Lacomme. Rachianesthésie. Technique habituelle. Incision du segment inférieur sur la ligne médiane un peu à gauche d'un point blanchâtre qui est le seul reliquat visible de la cicatrice antérieure. — Extraction d'un enfant vivant de 4100 grammes. Délivrance manuelle. Placenta 900 grammes. Suture du péritoine au bord postérieur de la vessie sans fixation préalable de celui-ci au segment inférieur. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques.

Observation XII.

Deux opérations de césarienne basses. Bassin généralement rétréci. P. s. P. : 10,7.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 1363, juillet 1926).
Age : 21 ans. Dernières règles : 14-17 oct. 1925. Début du travail le 22 juillet à 18 h. Intervention le 23 à 18 h. : 24 h. après début du travail. Dilatation complète. Membranes rompues tempestivement depuis 1 h. 30. Opérateur : M. Desnoyers ; anesthésie : éther. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3450 gr., bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta de 580 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : Les 5 premiers jours la température descend

de 39°, 6 à 38° pour tomber ensuite à la normale. Sortie le 21^e jour.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2255, oct. 1928).
Age : 23 ans. Dernières règles : 9 février. Cicatrice de laparotomie ancienne non douloureuse et non adhérente. Intervention le 24 oct. à 0 h. 30. 2 h. après le début du travail. Membranes intactes. Opérateurs : MM. Ravina, Armand ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Aucune adhérence pariétale. La vessie est très remontée sur le segment inférieur. Aspect cicatricial, blanchâtre de la région vesico-utérine. Nombreux vaisseaux vésicaux dilatés. Décollement assez facile du péritoine utérin au doigt et aux ciseaux. Décollement très difficile de la vessie très adhérente au segment inférieur. Ce décollement s'accompagne d'une certaine hémorragie que l'on arrête par tamponnement et ligature d'une veine inter-**vésico-utérine**. Épaisseur normale au segment inférieur. Aspect blanchâtre par place. — Extraction d'un enfant vivant de 3460 grammes, bi-p., ? Délivrance manuelle. Placenta 520 grammes. Pour suturer la partie inférieure de l'incision on est forcé de décoller latéralement la **vessie**. Le décollement est difficile à cause de la présence d'un tissu fibreux très dense. A gauche, le décollement déchire la vessie sur une étendue d'une pièce de 50 c. Suture de la vessie en 2 plans — au total surjet — un point en bourse d'enfouissement. La paroi utérine saigne abondamment à chaque point de suture. **Sonde à demeure vésicale.**

Suites : Température normale jusqu'au 14^e jour. Puis phlébite gauche. Sortie le 32^e jour après l'intervention dans un état excellent.

Observation XIII.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement retréci. P. s. P. : 10,8.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 823, mai 1925). Age : 24 ans. Dernières règles : 7-10 juillet 1924. Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation complète le 16 mai à 12 h. 15. Opération 2 h. plus tard. Opérateurs : MM. Portes, Desnoyers ; anesthésie : ? Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3480 grammes. Délivrance manuelle. Placenta : 670 gr. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques. Sortie sur sa demande le 19^e jour.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1420, mai 1926). Age 25 ans. Dernières règles : 20-22 août 1925. Début du travail : le 1^{er} août à 3 h. Intervention le 1^{er} août à 13 h. 30. 10 h. 30 après le début du travail). Membranes intactes. Opérateur : M. Desnoyers ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Pas d'adhérences. Sur le segment inférieur pas de cicatrice ancienne visible. L'exploration au doigt du segment inférieur n'a montré aucun point d'amincissement. — Extraction d'un enfant vivant de 3980 grammes, bi-p., 9,7. Délivrance manuelle. Placenta de 900 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

Observation XIV.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement retréci P. s. P. : 10,8.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 882, mai 1925). Age : 22 ans. Dernières règles : 10-12 août 1924. Début du travail le 23 mai à 22 heures. Rupture spontanée prématurée des membranes le 23 mai à 15 h. Intervention : le 24 mai à 8 h. (17 h. après la rupture des membranes. 10 h. après le début du travail à dilatation des 2 Fr. Température : 38°5. Opérateurs : MM. Portes, Sureau ; anesthésie : éther. Après laparatomie la grande cavité est protégée par des champs. Protection du péritoine utérin décollé, par un champs. A la partie supérieure de l'incision du segment inférieur on ouvre une grosse veine qui saigne abondamment. 2 pinces en cœur sur les tranches arrêtent l'hémorragie. — Extraction d'un enfant vivant de 3810 grammes. bi-p., Délivrance manuelle. Placenta de 610 grammes. Le décollement des membranes est difficile. Après péritonisation on met un Mikulicz au devant de la zone opératoire, entre vessie et utérus. Tente de Mikulicz 1 drain-3 mèches. Suture de la paroi en un plan aux fils de bronze. Quelques crins intermédiaires sur la peau.

Suites : 1^{er} et 2^e jour. température 38°5-38°. Puis apyréxie. Le 3^e jour : ablation du drain et d'une mèche, qui est sèche. Sortie le 33^e jour en bon état.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1413, juillet 1926)
Age : 23 ans. Dernières règles : 8-12 oct. 1925. Début du travail 31 juillet 7 h. Dilatation complète, rupture spontanée des membranes le 31 juillet à 21 heures. Intervention : 1 h. plus tard, c'est-à-dire 15 heures après le début du travail. Opérateur : M. Portes ; anesthésie : éther. Laparatomie avec résection de l'ancienne cicatrice. Adhérences épiploïques à la paroi. Section et ligatures. Adhérences de la vessie à l'utérus. Sur le segment inférieur cicatrice de la césarienne antérieure d'aspect étoilé. Le segment inférieur est très mince. — Extraction d'un enfant vivant de 4270 grammes, bi p., 9,7. Délivrance manuelle. Placenta de 970 grammes. Résection de la cicatrice utérine, conservée pour examen histologique. Hémorragie assez abondante pendant l'intervention. Injection sous-cutanée d'un cm³ d'ergotine. Fermeture sans drainage par la technique habituelle.

Suites : Température aux environs de 38° jusqu'au 9^e jour. Le 10^e jour : légère infection pariétale. Température à 38°5 jusqu'au 13^e jour. Puis tout rentre dans l'ordre. Sortie le 21^e jour en bon état.

Observation XV.

Trois opérations césariennes basses. Bassin archondroplastique. P. s. P. : 7,8.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 657, mars 1927).
Age : 29 ans. Dernières règles : 9-13 juin 1926. Intervention le 18 mars 1927. Au début du travail, membranes

intactes. Opérateur : M. Lacomme, M^{lle} Bach. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3100 grammes. Délivrance manuelle. Placenta de 650 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : le 2^e et le 3^e jour. Température au-dessus de 38°. Puis apyrexie complète. Sortie le 20^e jour en bon état.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1278, juin 1928).

Age : 30 ans. Dernières règles : 7 septembre. Début du travail le 13 juin à 22 h. Intervention le 14 à 7 h. 30 (9 h. 30 après le début du travail). Opérateur : M. Ravina. Technique habituelle. Pas d'adhérences utéro-pariétales. Vessie assez adhérente au segment inférieur surtout dans sa moitié droite. Pas de traces de cicatrice ancienne sur le segment inférieur ; il est aussi épais à droite qu'à gauche. Cependant à l'angle supérieur de l'incision la paroi est un peu plus mince et d'aspect blanchâtre. — Extraction d'un enfant vivant, achondroplase de 2530 grammes, bi-p., 9,8. Délivrance manuelle. Placenta de 430 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : 5 premiers jours température aux environs de 38, puis elle tombe à la normale. Sortie le 21^e jour en bon état.

3^e gestation et 3^e opération (obs. 2673, déc. 1930). Age : 32 ans. Dernières règles : 18-25 février 1930. Césarienne au début du travail. Dilatation entre 2 et 5 Fr. Membranes

intactes. Opérateur : M. Lacomme ; anesthésie : éther. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences utéro-pariétales. On essaie de décoller la vessie du segment inférieur et on y arrive plus ou moins facilement sur une hauteur de 3 cm. Plus bas le décollement semble devenir dangereux. On l'abandonne. Au-dessus du cul de sac vésico-utérin il n'existe à peu près pas de segment inférieur. Il n'y a aucune zone décollable sus-vésicale (ce qui est dû probablement au fait qu'au cours des interventions antérieures la vessie a été remontée). On est donc contraint d'inciser la face antérieure de la partie basse du corps et seulement la partie la plus élevée du segment inférieur, — Extraction d'un enfant de 3350 gr., bi-p., : 9,3, non achondroplasique. Délivrance artificielle. Placenta de 430 grammes. Suture suivant technique habituelle. La vessie est ramenée de façon à couvrir la suture utérine. On ne peut cependant la remonter suffisamment pour que la partie la plus élevée sur 3 cm. environ puisse être recouverte. Section et ligature des trompes. Au cours de l'incision du segment inférieur il n'y a pas été possible de voir les cicatrices antérieures.

Suites : Température entre 38-39° pendant 8 jours puis température normale. Sortie le 20^e jour.

Observation XVI.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati et généralement rétréci. P. s. P. : 9,9.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. n° 2, janv. 1929)

Age : 22 ans. Début du travail le 1^{er} janvier à 8 h. Intervention le 1^{er} janvier à 15 h (7 h. après le début du travail. Membranes intactes). Opérateur : M. Armand. Technique habituelle. Aucun incident opératoire. — Extraction d'un enfant vivant de 3250 grammes, bi-p., 9,95. Délivrance manuelle. Placenta de 600 gr.

Suites : Le 7^e jour on note : gros abcès de la paroi. Désunion totale de la plaie opératoire. Température normale. On fait du vaccin antipyogène de Pasteur. Guérison progressive avec des élévations fréquentes de la température au-dessus de 38°. Examen à la sortie le 55^e jour. Cicatrice fibreuse surtout solide la moitié inférieure. Il existe sur toute la hauteur de la cicatrice une éventration, les bords internes des droits étant écartés de 1 à 2 travers de doigts.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1162, avril 1930). Age : 23 ans. Dernières règles : 1-4 août 1929. Début du travail le 27 mai à 4 h. 30. Intervention le 27 à 8 h. 30. 4 h. après le début du travail. Dilatation complète. Membranes venant de se rompre. Opérateur : M^{lle} Bach ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée de la césarienne ancienne. On trouve quelques adhérences du péritoine à la paroi. — Extraction d'un enfant vivant de 3130 grammes. Délivrance manuelle. Placenta de 550 grammes. Il se produit alors une hémorragie utérine abondante. Injection sous-cutanée de 1 cm³ d'ergotine. Au cours de la suture du seg-

ment inférieur l'hémorragie reprend. Nouvelle injection d'un cm³ d'ergotine. Arrêt de l'hémorragie.

Suites : 8^e jour température à 39°, pouls à 100 ; 9^e jour température à 39°3, pouls à 120 ; 11^e jour température à 40°, pouls à 120. Phlegmon du ligament large. Température oscillante entre 38° et 39° jusqu'au 16^e jour. Puis tout rentre dans l'ordre. Sortie le 32^e jour complètement guérie.

Observation XVII.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement rétréci et aplati. P. s. P. : 10,3.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (à la Maternité, août 1926). Age : 19 ans. Dernières règles : 12 novembre 1925. Intervention le 24 août 1926 à 12 h. Dilatation 5 Fr. Membranes intactes. Opérateur : M. Risacher ; rachianesthésie. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3350 grammes. Placenta de 750 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : Température à 39° le lendemain. Apyrexie à partir du 3^e jour. Sortie le 20^e jour en bon état.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1506, juillet 1930). Age : 23 ans. Dernières règles : 1-5 octobre 1929. Début du travail le 11 juillet à 9 h. Intervention le 11 juillet à 20 h. (11 h. après le début du travail. Dilatation de 5 Fr. membranes intactes). Opérateur : Dignonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Résection de la cicatrice cutanée résultant de la césarienne antérieure.

Adhérence de toute la paroi antérieure de l'utérus à la paroi abdominale. Ces adhérences débordent en haut l'ombilic et latéralement s'étendent 3 à 4 travers de doigts de la ligne médiane. Ces adhérences sont peu serrées et l'on arrive à rétablir les rapports normaux après libération des adhérences. Décollement intervésico-utérin facile.

On a plus de difficultés à décoller le péritoine préutérin qui est très mince et friable. — Extraction d'un enfant vivant de 3070 grammes, bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta de 680 grammes.

Suites apyrétiques. Sortie le 31 juillet (le 20^e jour) en bon état.

Observation XVIII.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati, et généralement retréci, canaliculé, P. s. P. : 10,4.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 1932, nov. 1925). Age : 23 ans. Dernières règles : 16-22 janvier. Début du travail le 3 novembre à 1 h. Intervention le 3 novembre à 16 heures (15 h. après début du travail. Membranes intactes). Opérateurs : MM. Portes, Lacomme. Anesthésie locale (1cgr. de morphine). Novocaïne dans le cul de sac vésico-utérin. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3320 grammes, bi-p., 9,9. Pas d'incident opératoire.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2105, sept. 1930).
Age : 28 ans. Dernières règles : 14-26 décembre. Début du travail le 22 septembre à 20 h. Intervention le 23 novembre à 16 h. (20 h. après le début du travail. Dilatation de 5 Fr. Membranes intactes). Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Aucune adhérence pariéto-utérine. Adhérence de la vessie au niveau du bord gauche de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant de 3670 grammes, bi-p., 10,2. Délivrance manuelle. L'utérus se contracte mal : injection sous-cutanée d'une ampoule d'ergotine et au bout de quelques minutes d'un cc. d'hypophyse. Hémorragie au travers de la plaie utérine entre les points de suture : chaque point donnant une hémorragie véritable (mauvaise rétraction utérine).

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour en bon état.

Observation XIX.

Deux opérations césariennes basses. Bassin aplati, généralement rétréci, canaliculé, P. s. P., 9,5.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 1378, juin 1929).
Age : 25 ans. Dernières règles : 2-6 septembre 1928. Intervention le 20 juin à 23 h. 45. Au début du travail. Dilatation de 2 Fr. Membranes intactes). Opérateurs : MM. Laennec. Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 3420 grammes, bi-p., 9,4. Délivrance manuelle. Placenta de 680 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2195, sept. 1930).
Age : ? Dernières règles : 4 janvier. Début du travail le 6 octobre à 22 h. 30. Intervention le 6 octobre à 23 h. Au début du travail. Membranes intactes). Opérateurs : MM. Merger, Digonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Incision de la cicatrice sous-ombilicale. Adhérence utéro-pariétale surtout à droite. Adhérences vésico-utérines, libérées aux ciseaux et au doigt. Le plan péritonéal, épaissi par places, aminci en d'autres, est difficilement reconnaissable. On ne peut faire qu'une incision péritonéale atypique, transversale, mais un peu au-dessus du cul de sac vésico-utérin, la vessie n'ayant pu être libérée complètement. Le segment inférieur est cependant entièrement libéré. On est frappé par l'extrême minceur du segment inférieur ; elle est telle que les fibres musculaires se dissocient à gauche et qu'en ce point, l'épaisseur est lamellaire. — Extraction d'un enfant vivant de 2700 grammes, bi-p., 8,4. Délivrance manuelle. Placenta de 440 grammes. En suturant l'utérus on charge assez loin en dehors à cause de la minceur du segment inférieur. Le surjet d'enfouissement, facile en haut, est plus difficile en bas, car à cet endroit la vessie n'a pu être tout à fait séparée de l'utérus, auquel elle adhère par des adhérences saignant facilement. Le plan péritonéal est très atypique. La suture est faite longitudinalement, mais on périto-

nise très complètement le segment inférieur. Pas d'incident opératoire.

Suites apyrétiques. Sortie le 20^e jour.

Observation XX.

Deux opérations césariennes basses. Bassin généralement rétréci. P. s. P. : 9,1.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 2110, sept. 1929).
Age : 27 ans. Dernières règles : 25-30 décembre 1928.
Intervention le 24 septembre. Membranes rompues depuis 1/2 h. Dilatation entre 2 et 5 Fr. Opérateur : M. Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle.
— Enfant : 2520 grammes, bi-p., 8,5. Délivrance manuelle. Placenta de 460 grammes. Ablation kyste numoïde de taille d'une mandarine, sessile sur l'ovaire droit.

Suites : Du 5^e au 8^e jour, température entre 38° et 39° Sorti le 20^e jour.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 2628, déc. 1930).
Age : 28 ans. Dernières règles : 24 février 1930. Début du travail 1^{er} décembre à 16 h. Intervention après 4 h. de travail. Poche intacte. Dilatation 5 Fr. Opérateur : Diguonnet ; anesthésie : éther. Pas de réssection ancienne cicatrice cutanée qui est extramédiane. Aucune adhérence utéro-pariétale. Décollement intervésico-utérin un peu plus difficile que normalement. Au cours du décollement du péritoine préutérin, pratiqué à l'aide des ci-

seaux droits fermés le segment inférieur est perforé au niveau de l'ancienne cicatrice qui est particulièrement amincie. Il se produit un petit pertuis, limité par des bords blanchâtres de tissu cicatriciel par où s'écoule du liquide amniotique. Hystérotomie médiane. — Extraction d'un enfant de 3190 grammes, bi-p., 8,9. Délivrance manuelle. Placenta : 990 grammes. On fini par technique habituelle.

Suites apyrétiques. Sorti le 20^e jour.

Observation XXI.

Une opération césarienne basse et une césarienne corporeale. Bassin aplati généralement rétréci. P. s. P. : 10 cm.

1^{re} *gestation* 1922 : Accouchement au forceps à l'Hôpital Rothschild. — Enfant mort-né de 7 livres.

2^e *gestation et 1^{re} opération* (césarienne basse) (obs. 2176, décembre 1925). Age : 27 ans. Dernières règles : 5 mars. Début du travail : 11 décembre 1925 à 5 h. 45. Intervention après : 3 h. de travail. Dilatation 2 Fr. Membranes intactes. Opérateur : M. Desnoyer ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant de 3360 grammes, bi-p., 10,5. Délivrance manuelle. Placenta de 510 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques.

3^e *gestation et 2^e opération* (césarienne corporeale) (obs. 2310, oct. 1927). Age : 29 ans. Dernières règles : 29 dé-

cembre 1926. Cicatrice cutanée correcte. Début travail 19 octobre à 18 h. Intervention après : 5 h. 40 de travail. Membranes intactes. Col perméable. Opérateur : M. Lacomme ; anesthésie : chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. La face antérieure de l'utérus, depuis la partie moyenne du corps jusqu'au bas du segment inférieur, est unie au péritoine pariétal et à l'épiploon par des brides multiples, dont l'ensemble constitue une cloison irrégulière que l'on sectionne par tronçons, pour arriver à achever la laparatomie. Des multiples adhérences en voiles et en brides unissent la vessie, difficilement réparable, à tous les organes voisins. Le cul de sac vésico-utérin n'existe plus. Il est comblé par des multiples adhérences. On essaie, en vain, de trouver un plan de clivage en incisant le péritoine au-dessus de la zone d'adhérences. On rompt des brides, qui semblent de la vessie s'enfoncer dans le muscle et dans l'ancienne cicatrice d'hysterotomie. Une hémorragie veineuse abondante est la conséquence de cette rupture. Dans ces conditions il semble dangereux de poursuivre l'intervention par l'hysterotomie basse qui exposerait : 1° à faire une plaie vésicale étant donné la difficulté de décollement ; 2° à pratiquer obligatoirement, dans un but d'hémostase, l'hystérectomie. D'autre part les membranes étant intactes, le cas absolument pur, la césarienne basse ne semble pas s'imposer. En conséquence on pratique une césarienne corporéale classique sans incident.

— Enfant de 3100, bi-p., 9,6. Délivrance manuelle. Placenta de 500 grammes.

Suites : 2^e et 3^e jour : 38°3-38°5. Apyrexie ensuite.

Observation XXII.

Deux césariennes basses. Bassin canaliculé, P. s. P., 10,5.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 2577, décembre 1928)
Age : 24 ans. Dernières règles ?. Début du travail 12 décembre 8 h. Intervention après 2 heures de travail. Membranes intactes. Dilatation ? Opérateur : M. Séguy ; anesthésie : éther. Technique habituelle sans incident. — Enfant de 3050 grammes, bi-p., 9,5. Délivrance manuelle. Placenta de 500 grammes.

Suites apyrétiques.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 25 janvier 1930).
Age : 26 ans. Dernières règles : 18-22 mars. Début du travail le 3 janvier 1 h. Cicatrice cutanée souple non adhérente. Intervention après 3 h. de travail. Membranes intactes. Dilatation ? Opérateur : M. Merger ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Aucune difficulté, pas d'adhérences. — Extraction d'un enfant de 3520 grammes, bi-p., 10. Placenta 610 grammes.

Suites avec congestion pulmonaire.

Observation XXIII.

Deux césariennes basses. Bassin généralement rétréci, P. s. P., 9 cm.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. ? ?, juin 1926).
Age : 23 ans. Dernières règles : 20-27 avril. Intervention le 14 juin avant tout début du travail, à membranes rompues depuis. ? Opérateur : M. Desnoyers ; anesthésie : éther. Technique habituelle sans incident. — Enfant de 3570, bi-p., 9,4. placenta 700 grammes.

Suites : lymphangite du sein droit.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 32, janvier 1931).
Age : 28 ans. Dernières règles, 25 mars. Cicatrice cutanée souple non adhérente. Début du travail 3 janvier 1931 à 8 h. Intervention après 8 h. 30 de travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Adhérences utéro-vésicales lâches facilement décollables. — Extraction d'un enfant de 3190 grammes, bi-p., 9,2. Placenta 760 grammes.

Suites apyrétiques.

Observation XXIV,

Deux césariennes basses. Bassin généralement rétréci, P. s. p. : 9,2.

1^{re} gestation et 1^{re} opération à la Maternité, mars 1929.
Age : 18 ans. Début du travail 19 mars 1h. Intervention après 9 h. de travail. Membranes intactes. Dilatation ? Opérateur : M. Digonnet. Anesthésie. Chloroforme. Technique habituelle. Aucun incident. — Enfant de 3200 gr. bi-p., 9,2. Délivrance manuelle. Placenta 500 grammes.

Suites normales.

2^e *gestation et 2^e opération* (obs. 39, janv. 1931). Age : 20 ans. Dernières règles : fin avril. Début du travail le 3 janvier à 20 h. Cicatrice cutanée souple. Intervention à membranes intactes. Travail 6 h. 30. Dilatation ? Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie : anesthésie, éther. Adhérences utéro-pariétales du côté droit (allant de la fosse iliaque vers la partie moyenne de l'utérus) que l'on respecte. Opération suivant technique habituelle sans incidents. — Extraction d'un enfant de 3300 grammes, bi-p., 9,2. Placenta 600 grammes.

Suites normales.

Observation XXV.

Trois opérations césariennes basses. Bassin généralement rétréci et aplati, P. s. P.

1^{re} *gestation et 1^{re} opération* à la Maternité, septembre 1927. Age : 23 ans. Début du travail 12 septembre. Intervention à membranes rompues. Travail ? Dilatation ? Opérateur : M. Rudaux ; anesthésie, chloroforme. Technique habituelle sans incidents. — Enfant de 3850, bi-p., 9,4. Placenta 650 grammes.

Suites fébriles Température 39°4 le 6^e jour, en suite normales.

2^e *gestation et 2^e opération* (obs. 2168, oct. 1929). Dernières règles ? Age : 25 ans. Début du travail 3 h. 10 à 9 h. 50. Intervention à membranes intactes. Travail : 15 h. Dilatation ? Opérateur : M. Digonnet. Adhérences utéro-pariétales sectionnées. Péritoine pré-

utérin très mince, friable. Incision empiétant sur le corps utérin. — Enfant de 3780, bi-p., 9,6. Placenta : 970 gr.

Suites normales.

3^e gestation et 3^e opération (obs. 477, février 1931).
Age : 27 ans. Dernières règles : 1^{er} juin. Début du travail le 24 février à 4 h. Rupture artificielle des membranes à 12 h. 30. Intervention à 13 h., Dilatation de petite paume. Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie, chloroforme. Technique habituelle. Adhérences utéro-pariétales larges de 3 à 4 travers de doigts allant dans toutes les directions. Décollement vésico-utérin difficile en raison de l'existence d'un tissu cicatriciel. Il ne peut être poussé au delà de 6 cm. Section des trompes entre deux ligatures. — Enfant de 3750 grammes, bi-p., 9,5. Placenta de 1000 gr.

Suites : 2^e jour, 40°2, météorisme, subictère, le 5^e jour tout rentre dans l'ordre.

Observation XXVI.

Deux césariennes basses. Luxation uni-latérale gauche avec rachitisme surajouté, P. s. P. : 10,5.

1^{re} gestation et 1^{re} opération. Pas de renseignements, mais il semble que tout a été normal.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 768, mars 1931).
Age : 34 ans. Dernières règles? Début du travail le 26 mars à 16 h. Rupture des membranes à 23 h. Cicatrice

cutanée souple non adhérente. Intervention 7 h. après le début du travail. Opérateur : M. Dignonnet ; anesthésie : éther. Adhérences allant de toute la face antérieure du segment inférieur vers le péritoine pariétal. Décollement inter-vésico utérin difficile. Pas de plan de clivage. Hémorragie importante, difficile à arrêter. Ergotine. Le segment inférieur est épais, mal formé. — Extraction d'un enfant de 4.300 grammes, bi-p., : 9,7. Placenta 1080 gr. Un seul surjet rabattant le péritoine et on termine suivant la technique habituelle.

Suites apyrétiques.

Observation XXVII.

Deux césariennes basses. Bassin généralement rétréci, P. s. P., 10,2.

1^{re} gestation et 1^{re} opération à la Maternité, décembre 1929. Age : 20 ans. Dernières règles : 18 février. Début du travail le 18 décembre à 16 h. Intervention 15 h. après le début du travail, dilatation ? Les membranes devant de se rompre. Opérateur : M. Dignonnet ; anesthésie ?

Technique habituelle, sans incidents. — Enfant de 3200 grammes, bi-p., 9. Placenta ?

Suites subfébriles.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 822, avril 1931), Age : 22 ans. Dernières règles : 20 juin. Début du travail le 2 avril à 23 h. 45. Cicatrice cutanée souple. Intervention au début du travail à membranes intactes. Technique habituelle. Quelques adhérences péritonéales.

Segment inférieur mal formé. Tissu fibreux sur la ligne médiane rendant la section difficile. — Enfant de 2.550 grammes, bi-p., 9,4. Suture : les points déchirent le segment inférieur. Il faut rapprocher les bords et compléter l'hémostase par des points en V. Placenta de 900 grammes.

Suites : Absès du sein. Cellulite pelvienne. Morte par septicémie à streptocoques.

Observation XXVIII.

Deux césariennes basses. Luxation congénitale gauche avec rachitisme surajouté, P. s. P. : 10,5.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 2076, sept. 1928).
Age ? Dernières règles ? Début du travail le 26 septembre. Intervention après 6 h. 30 de travail, les membranes étant rompues depuis 13 h. 30. Dilatation ? Opérateur : M. Ravina ; anesthésie ? Technique habituelle sans incidents. — Extraction de l'enfant par forceps. Poids 2750 grammes, bi-p., Placenta 490 grammes.

Suites normales.

2^e gestation et 2^e opération (obs. 1341, juin 1931).
Age : . Dernières règles : 23 août. Rupture prématurée des membranes le 10 juin à 18 h. 40. Intervention immédiate. Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie ? Technique habituelle. Quelques adhérences vésico-utérines. Segment inférieur mal formé. Hémorragie au cours de

la suture. Ergotine. — Enfant de 3000 grammes, bi-p., 10. Placenta.
Suites normales.

Observation XXIX.

Deux césariennes basses. Bassin généralement rétréci.
P. s. p., 9 cm.

1^{re} gestation, Basiotripsie en 1927 sur tête dernière.

2^e gestation et 1^{re} opération (obs. 540, mars 1929).
Age : 20 ans. Dernières règles, 16 juin. Début du travail 10 mars. Intervention après 2 h. de travail, les membranes étant intactes. Opérateur : M. Séguy ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle sans incidents. — Extraction d'un enfant de 2980 grammes, bi-p., 9,4. Placenta.

Suites normales.

3^e gestation et 2^e opération (obs. 1583, juin 1931).
Age : 22 ans. Dernières règles : 27 septembre. Début du travail le 28 juin à 22 h. Intervention immédiate (les membranes venant de se rompre). Opérateur : M. Digonnet ; anesthésie : éther. Technique habituelle. Pas d'adhérences. — Extraction d'un enfant de 3150 gr., bi-p., 9,5. Délivrance manuelle. Placenta de 600 gr.

Suites apyrétiques.

2. — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS APRÈS
CÉSARIENNE BASSE.

Observation A.

Une opération césarienne basse et deux accouchements spontanés. Bassin généralement rétréci, P. s. P. : 10,8.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 362, fév. 1926). Age : 27 ans. Dernières règles : 10 mai 1925. Début du travail le 18 février à 15 h. Intervention le 20 février à 15 h. 48 h. après le début du travail, 1 h. après rupture des membranes). Opérateur : MM. Portes, Digonnet ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle.— Extraction d'un enfant vivant de 3350 grammes, bi-p., 9,3. Délivrance manuelle. Placenta de 700 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites apyrétiques sauf entre le 9^e et le 12^e jour où la température a été à 38° et 38°6.

2^e gestation et l'accouchement spontané (obs. 1491, juin 1927). Age : 28 ans. Dernières règles : 5-10 septembre 1926. Examen de la cicatrice ancienne sous-ombilicale. Cicatrice pigmentée, non adhérente, sauf dans sa partie toute inférieure. Légère douleur à ce niveau. Début du travail le 21 juin à 8 h. Rupture spontanée tempestive des membranes à 21 h. 25. Liquide fortement teinté. Dilatation complète (après 14 h. de travail) à 21 h. 30. Au bout de 30' : expulsion d'un enfant vivant de 2920 grammes, bi-p., 9,4. Chevauchement très mar-

qué des pariétaux. Délivrance naturelle Placenta de 750 grammes. Suites de couches normales.

Sortie le 11^e jour en bon état.

3^e *gestation et 2^e accouchement spontané* (obs. 2512, nov. 1928). Age : 29 ans. Dernières règles : 12-17 février 1928. Début du travail le 30 novembre à 2 h. 30. Dilatation complète 9 h. 30. Rupture spontanée tempestive des membranes. — Expulsion d'un enfant vivant de 3410 grammes, bi-p., 9,3 à 9 h. 40. Durée totale du travail : 7 h. 10. Délivrance naturelle. Placenta 610 gr.

Suites de couches normales. Sortie le 11^e jour en bon état.

Observation B.

Une opération césarienne et un accouchement spontané. Bassin généralement rétréci. P. s. P. : 10,8.

1^{re} *gestation et 1^{re} opération* (obs. 2062, nov. 1925). Age : 22 ans. Début du travail : le 21 novembre à 24 h.

Rupture spontanée précoce des membranes le 24 à 11 h. 45. Intervention : le 24 à 12 h. 15' (12 h. 15' après le début du travail, 30' après rupture des membranes). Opérateurs : MM. Portes, Lacomme ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 330 grammes, bi-p., 9,4. Délivrance manuelle. Placenta de 680 grammes. Aucun incident opératoire.

Suites : fébriles 10 jours. Température oscillante entre 39° et 39°5, Lochies puriformes. Au 7^e jour : expulsion

d'un fragment de muscle utérin sphacelé, contenant 3 nœuds de catgut. Au toucher, dans le cul de sac vaginal antérieur, devant l'isthme, masse dure du volume d'une noix arrondie, douloureuse. Sortie le 25^e jour guérie.

2^e gestation et 1^{er} accouchement spontané (obs. 1036, avril 1927). Age : 24 ans. Dernières règles ? . Début du travail le 26 avril 1 h. Dilatation complète 13 h. Rupture spontanée tempestive des membres. — Expulsion du fœtus, pesant 3170 grammes, bi-p., 8,9 à 13 h. 30. Durée totale du travail 12 h. 30. Délivrance naturelle. Placenta de 470 grammes.

Suites : Crochet thermique à 39°5, avec un pouls à 120 le 4^e jour. Puis tout rentre dans l'ordre. Sortie le 11^e jour en bon état.

Observation C.

Une opération césarienne, un accouchement spontané. Bassin généralement rétréci, p. s. P. : 10,5.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 33, janv. 1926). Age : 21 ans. Dernières règles : 18-24 avril. Début du travail le 4 janvier à 20 h. Rupture prématurée des membranes le 4 janvier à 18 h. Intervention le 5 janvier à 17 h. après le début du travail. Membranes rompues depuis 19 h. Opérateurs : MM. Portes, Lacomme ; anesthésie : éther. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 420 grammes, bi-p., 8,7. Déli-

vrance manuelle. Placenta de 420 grammes. Pas d'incident opératoire.

Suites : Fébriles pendant 8 jours. Température ayant atteint 39°. Petit hematome suppuré de la paroi. Sortie le 21^e jour.

2^e gestation et 1^{er} accouchement spontané (obs. 2624, déc. 1927). Age : 22 ans. Dernières règles : 21-26 février 1927. Rupture spontanée prématurée des membranes le 3 décembre à 1 h. Début du travail le 3 décembre à 7 h. Dilatation complète le 3 décembre à 13 h. — Expulsion d'un fœtus vivant de 3050 grammes, bi-p., 8,4 à 13 h. 30. Durée totale du travail : 6 h. 30. Délivrance naturelle. Placenta de 490 grammes.

Suites de couches normales. Sortie le 11^e jour en bon état.

Observation D.

Une opération césarienne, un accouchement spontané. Bassin généralement retréci, P. s. P. : 10,7.

1^{re} gestation et 1^{re} opération (obs. 2306, octobre 1927). Age : 34 ans. Dernières règles : 1-4 octobre 1926. Début du travail le 18 octobre à 13 heures. Rupture spontanée, prématurée des membranes le 17 à 5 h. Intervention le 18 oct. à 21 h. 30 (8 h. 30 après le début du travail. 32 h. 30 après la rupture des membranes. Température 36°8. Opérateurs : M. Lacomme ; anesthésie : chloroforme. Technique habituelle. — Extraction d'un enfant vivant de 4020 grammes, bi-p., 10,7. Délivrance manuelle. Pla-

centa de 600 grammes. Hémorragie importante. Injection sous-cutanée d'un cm³ d'ergotine. Drainage (2 drains-2 mèches) dans les 2 fosses iliaques.

Suites : apyrétiques. Sortie le 25^e jour.

2^e *gestation et 1^{er} accouchement spontané* (obs. 1615, juillet 1929). Age : 36 ans. Dernières règles ? allaitait. Début du travail le 19 juillet à 9 h. Dilatation complète le 20 à 0 h. 30. Rupture spontanée, tempestive des membranes. — Expulsion d'un fœtus vivant de 2830 gr., bi-p., : 8,4 à 2 h. Durée totale du travail 17 h. A 3 h. 45 Délivrance artificielle, très difficile, le placenta adhérent à la cicatrice du segment inférieur. Placenta de 380 grammes.

Suites fébriles : la température oscille entre 38° et 39° jusqu'au 6^e jour. Puis en plateau à 40°8. Infection utérine. Lochies fétides. Hémoculture. Décédée le 11^e jour.

CONCLUSIONS

Les résultats éloignés de la césarienne transpéritonéale basse paraissent supérieurs à ceux de la césarienne corporeale.

La fertilisation après césarienne basse comme après césarienne corporeale, paraît diminuée, mais la restriction volontaire semble y jouer un rôle important.

Des gestations normales peuvent survenir rapidement après l'opération et le danger de rupture utérine ne paraît de ce fait accru.

L'avortement est rare.

L'accouchement prématuré est assez fréquent mais presque toujours aux environs du terme (24 %).

On ne peut pas porter un pronostic certain de la parturition, chez une femme antérieurement césarisée, en se basant sur les conditions et les suites opératoires de la césarienne précédente.

Des mauvaises conditions et suites opératoires donnent souvent des cicatrices utérines suffisantes et, en cas de réintervention, des difficultés opératoires minimales. Et vice versa.

La qualité d'un utérus ne peut être évaluée que par un examen direct au cours d'une hystérotomie ou d'une délivrance artificielle en cas d'accouchement spontané.

Toute femme antérieurement césarisée doit-être, lors d'une nouvelle gestation hospitalisée précocement.

L'intervention systématique du fait des mauvaises conditions et suites opératoires antérieures ne paraît pas justifiée et s'il n'y a pas d'obstacle pelvien il y a lieu de laisser l'accouchement se faire par voies naturelles sous réserve, bien entendu, d'une surveillance chirurgicale.

Le pronostic des accouchements spontanés paraît bon même si les conditions et les suites opératoires avaient été défavorables.

La cicatrisation du segment inférieur semble se faire dans des conditions meilleures que celle de la césarienne corporéale. Même dans les cas, où la zone cicatricielle présente un amincissement notable on a pu observer une évolution normale de la gestation et de la parturition.

L'insertion du placenta sur la cicatrice du segment paraît rare.

Les ruptures utérines et les menaces de ruptures après césarienne basse paraissent plus rares qu'après opération corporéale.

Les difficultés techniques (adhérences) des opérations itératives ne sont pas très fréquentes et généralement

surmontables. Les déchirures de la vessie sont rares et d'un pronostic bénin.

En principe on peut stéréliser la femme au cours de la 3^e césarienne (par ligature et section des trompes).

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président de la Thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ (RICARDO). — « Les césariennes basses à la maternité de l'Hôpital Lariboisière (1923-1929), Thèse de Paris 1929.
- AMMON. — « Statistique sur Kaiser schmittsfrage, 1918-28 », *Arch. Gyn.*, 1929.
- ANDERODIAS. — « L'opération césarienne basse ; ses indications, ses résultats », *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, T. XLIX, n° 16, 15 avril 1928.
- ARNALDO DE MORAES. — « Cesariana intra-peritoneal baixa », *Revista de Gynec. e d'Obstetrica*, Rio de Janeiro, février 1927, n° 2.
- AUDEBERT. — « La cicatrice de la césarienne », *Annales de Gynec. et Obst.*, mai 1913.
- « Modification à la technique classique de la césarienne supra-symphysaire », *Toulouse Médical*, 1^{er} janvier 1930, p. 22.
- BAISCH MONATSCHR. f. Iebh ù Iynack T. LIII, 1920.
- BALARD. — « Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 25 observations personnelles », *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, avril 1928, p. 247.
- BALARD ET MAHON. — « La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale », *Marseille-Médical*, 5 août 1928.
- BECKERS. — « Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse », *Bruxelles-Médical*, n° 4, 24 novembre 1929, p. 85.
- BERCOVICI (BERNARD). — « Contribution à l'étude de la césarienne basse », Thèse de Paris, 1927.
- BENTUER. — « Technique de l'opération césarienne transp. basse », *Rev. vét. de Gyn. et Obst.*, 1923.
- BORMIDA (CARLO). — « Ein fall utérus ù. Harnblaseruptur », *Arte Ostetr.* 44, 1930.
- BRINDEAU. — « Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez la même femme », *Obst.*, Paris, 1909, N. S., T. II, p. 36).
- « De la césarienne traspéritonéale supra-symphysaire », *Presse Médicale*, 10 mars 1926.

- BRINDEAU (A.) ET CANONNE (M.). — « Technique de la césarienne basse ; indications, résultats », *Le Journal Médical français*, n° 1, janvier 1930, p. 3.
- BRINDEAU. — « Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées », *Bruxelles Médical*, n° 41, 10 août 1930.
- BROUHA. — *Gyn. et Obst.*, vol. 2, n° 6, 1920.
- BURGER. — « Les hémorragies dans la section césarienne basse », *Strasbourg Médical*, n° 6, 20 mars 1929, p. 150.
- CATALA. — « De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse », *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 11 janvier 1926.
- CHAPULLULIOT. — « Contribution à l'étude de la césarienne supra-symph. transpéritonéale, Thèse d'Alger, 1927.
- CHATILLOU. — « A propos de la résistance de la cicatrice sur le segment inférieur », *Rev. fr. de Gyn. Obst.*, 1924.
- CHATILLOU (FERNAND). — *Rev. franc. Gyn.*, n° 25, 1930.
- CHEVAL. — « Césarienne itérative dans un cas d'utérus et vagin cloisonné » *Bruxelles Médical*, n° 38, 20 juillet 1930.
- CLEMENTE (DOMENICO). — *Policlinico Sez. prat.*, 1931, T. I.
- CONSTANTINESCO. — « Sur la césarienne basse », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1927, 22^e année, p. 317.
- COUVELAIRE. — « Introduction à la chirurgie utérine obstétricale », *Steinheil*, Paris, 1913.
- « A propos de la césarienne », *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, février 1925.
- COUVELAIRE ET PORTES. — « A propos de la césarienne transp. basse » *Soc. d'obst. et de Gyn.*, Paris, novembre 1925.
- COUVELAIRE. — « Statistique des césariennes basses faites à la clinique Baudelocque », *Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, novembre 1925.
- « Césarienne à l'ancienne mode et césarienne basse », *Tribune Médicale*, février 1929, n° 2.
- VON DAHL. — *Zbl. f. Gyn.*, 1927, S. 1777.
- DANFORTH AND GRIER. — « Low cervical cesarean section », *The Amer. Journ. of Obst. and Gynecol.*, août 1926, p. 249.
- DANFORTH (W.-C.) AND GRIER (R.-M.). — *Amer. J. Obstetr.*, 20 (1930).
- DE LEE. — « Technique de la césarienne basse », *Journal of the Amer. Med. Ass.*, 14 mars 1925.
- DE LEE (JOSEPH), LUELLA (B.), NADELHOFFER ET GREENHILL. — *Amer. J. Obstr.*, 16, 1928.
- DOERFLER. — *Zbl. f. Gyn.*, 1929, S. 3090.
- *Zbl. f. Gyn.*, 1930, S. 2054.

- *M. Med. Wochensch.*, 1929, n° 8, S. 327.
- 50 Jahre Schnittentbindung, *Munich Médical*, Wichseh., n° 1, 1929.
- DUJOL. — « Césarienne itérative du segment pour bassin oblique ovalaire de Noegele », *La Loire med.*, n° 6, juin 1929, p. 249.
- DOSSENA (GAETANO). — *Ann. Ostetr.*, 51, 1929.
- EICK MONATRSCHR. *f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXII, S. 346, 1923.
- ENEA (D.). — Taglio cesareo soprasinfisario », *Pagine Sanitarie*, Agosto, 1929, n° 8, A. VII, p. 309.
- ENGELHARD. — « Contribution à l'étude de la césarienne tard., Thèse, Paris, 1926.
- ENGELS. — « Uber wiederholte Uterusruptur nach Kaiserschuit », *Zbl. Gyn.*, 1928, n° 17.
- ENTZ. — « La césarienne basse en dehors des dystocies osseuses », Thèse, Strasbourg, 1929.
- FISCHER. — *Zeitsch. f. Gebh. u. Syn.*, Bd. LXX, S. 855.
- FLORIS (M.). — *Riv. ital. Ginec.*, 10, 1929.
- FOURNIER-RASCOL. — « Césarienne itérative », *Soc. Obst et Gyn.*, Toulouse, 2 novembre, 1924.
- FOURNIER. — « Césarienne itérative 3 fois suivie d'hystérectomie subtotale; étude histologique de la cicatrice », *Bull. soc. d'Obst. et de Gynec.*, 18, 185, février 1929.
- FRANZ. — *Gynackl., Operationen*, S. 266.
- FREUND. — *Zbl. f. Gyn.*, 1919, n° 4, S. 73.
- GAUCHERAND. — « Présentation d'un utérus après opération césariennes multiples », *Bull. soc. d'Obst et de Gyn.*, 18, 288, mars 1929.
- GAUSS. — *Dzutsche med. Wochset*, n° 20, 17 mai 1929.
- *Rev. fr. Gyn. et Obst.*, janvier 1923.
- GREENHILL (J.-P.). — *Amer. J. Obstetr.*, 19, 1930.
- GROGAN, ROY (L.). — *Amer. J. Obstetr.*, 20, 1930.
- GROSSE (A.). — « L'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (opération césarienne basse) », *Gaz. Méd. de Nantes*, 1^{er} août 1927, n° 15, p. 352, et 15 août 1927, p. 379. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1927.
- « Les résultats de l'opération césarienne basse. Statistique personnelle », *Gazette Médicale de Nantes*, 15 novembre 1929.
- « L'opération césarienne supra-symphysaire (opération césarienne basse) », *La Science Médicale Pratique*, p. 593, 15 novembre 1929.
- GROSSE ET LEROUX. — « Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire », *Rev. française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1927.

- GUENIOT. — « Les hémorragies dans la césarienne basse », *La Médecine*, n° 5, avril 1930.
- « La césarienne transpéritonéale basse supra-symphysaire », *Le Bulletin Médical*, n° 21, 17 mai 1930.
- GUIGLEY. — *Ref. Zbl. Gynck.*, 1930, n° 10.
- HAGENBUCH. — *Z. Geburish.*, 1925, n° 89.
- HARTMANN. — *Z. Geburtsh.*, n° 29, S. 842.
- HASSELBLATT. — « Klin. Stud. uber intraperit », *Schmittentb, Acta obstetr. scand.*, 11, Suppl. H. 3t 1930.
- HAUCH. — *Rev. fr. de Gyn. et Obst.*, 1923, p. 190.
- HEALY (T.-M.). — *J. Obstetr.*, 37, 1930.
- HELLMUTH. — *Zbl. f. Gyn.*, 1929, S. 3089.
- « Über Spactfolgen X. Kaiserschittes », *Munich. Med. Wochsch.*, 1929, n° 18.
- « Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes intra-péritonéales basses : faut-il approuver l'extension de cette technique », *Munchener Medizin. Woch.*, T. LXXV, n° 38, 21 septembre 1928, pp. 1626-1628.
- HENRIOT. — Thèse de Paris, 1927.
- HILLIARD ET MILLER. — « The low or cervical cesarean section », *New-Orleans Medical and Surtical Journal*, vol. 79, avril 1927, n° 10.
- HIRSCH. — *Zbl. Syn.*, 1929, S. 3485.
- HOCHUE. — *Zbl. Gyn.*, 1925, 66.
- HOLLAND. — *Proceedings of the royal soc. of. med.*, 1920, p. 1.
- HORNER (D.-A.). — *J. Amer. Med. Assoc.*, 93, 1929.
- HORNUNG. — *Zbl. f. Gyn.*, 10 janvier 1929, S. 1669.
- *Z. Geb.* 1929, Bd. VL, Heft. 3.
- HUBER. — *Schweiz. Med. Wochsch.*, 1924, n° 42.
- ISTEL. — *Franz. Mschr. Geb.*, 84, 1930.
- JACGER. — « Uterusruptur unit Blascurerreissung nach fruherer sectio cervicalis », *Zbl. f. Gyn.*, 10 janvier 1931.
- KELLER. — *Zbl. f. Gyn.*, 1923, S. 758.
- KLEIN. — *Arch. f. Gyn.*, 62, 193.
- KLEIN (I.). — « Les césariennes supra-symphysaires », *Revue critique*, Thèse de Paris, 1912.
- KOUWER (B.-I.). — *Gyn. et Obst.*, 21, 1930.
- KROPP LUDWIG. — *Z. Geb.*, 98, 1930.

- KUMAMOTO (T.) AND NAKAYAMA (S.). — *Jap. J. Obst.*, 13, 1930.
- KUPFERBERG. — *Zbl. f. Gyn.*, 1927, 757.
- KUSTUER. — *Dtsch. traciën heilk.*, Bd. II.
- *M Schr. Geb.*, 1928, Bd. CXXIV, S. 286.
- LAZAREVIC. — *Zbl. Gyn.*, 1930, 1353.
- LEQUEUX. — *Congrès des Gyn. et Obst., de Langue française*, 1921.
- LICHTENSTEIN. — *Archiv. f. Gyn.*, Bd. CXII, S. 15, 1920.
- MAGOS. — « Quelques réflexions à propos de l'opération césarienne », *Soc. Belge de Gyn et Obst.*, séance du 9 novembre 1929. *Bruxelles Médical*, n° 5, 1^{er} décembre 1929, p. 128.
- MARASSI. — « Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire, Thèse de Paris, 1925.
- MARIOTON. — « Le pronostic éloigne de l'opération césarienne classique à propos d'une série de 23 opérations césariennes classiques itératives », *Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1912, p. 276.
- MARTIUS. — *Gynale-Kongress Juusbruck*, 1922.
- MAURISSON-LACOMBE. — Thèse, Paris, 1922.
- MAC GLINN. — *Amer. journ. of Obst et Gyn.*, Bd. VIII, n° 6, 1924.
- MAC LANE (CHARLES). — *M. Amer. J. Obst.*, 20, 650, 1930.
- MENUET (J. BERU). — « Über Sterilität nach Sectio cesarea », *Schweiz, med. Wschr.*, 1928, n° 2.
- MOVAES (ARUALDO DE). — *Rev. Gyn.*, 21, 1927.
- MULLER. — *Montsch. f. Geb. u Gyn.*, Bd. LXX, S. 249, 1925.
- NOUVIAN. — « La césarienne supra-symphysaire », Thèse, Paris, 1921.
- PACHUER — *Zbl., Gyn.*, 1930, 121.
- PERRIER. — « Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse » Thèse, Strasbourg, 1923.
- PHANEUF. — « La césarienne supra-symphysaire », *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 3 juillet 1926 in. *Bruxelles Médical*, 26 septembre 1926.
- PHANEUF. — « L'avenir obstétrical de la femme qui a été délivrée par une opération césarienne basse », *Am. J. of Obst. and. Gyn*, n° 4, avril 1927
- PLAUCHU. — « Opération césarienne pratiquée pour la quatrième fois chez la même femme hystérectomie subtotal », *Lyon Médical*, 1931, Bd. CXXI, p. 801.
- POKROWSKY U. RABINOWITSCH. — « Spatresultate beim klas. Kaisersch. (Anf Grund histol. Untersuch. der Uterusrupturen) », *Arch. f. Gyn.*, 141, Bd., 2. Heft, 1930.

- PORRENTA DE). — *Annal. di Ost e Gyn.*, 1924.
- PORTES ET RISACHER. — « A propos de la césarienne transp. basse », *Soc. Obst. Gyn.*, Paris, mai 1926.
- POTTER, IRVING (W.). — *Amer. J. Obst.*, 19, 1930.
- REEB. — « Contrib. à l'étude de la césarienne basse », *Rev. fr. Gyn. et Obst.*, avril 1923.
- REVOLTELLA (GIOVANNI). — *Clinique ostetr.*, 32, 1930.
- ROLINDI. — « Ligeiras consideracoes sobre a cesariana segmentar transperitonel », Rio de Janeiro, maio de 1927.
- RUIZ COUTRERAS. — *J. M. Le Scalpel*, 1930 I.
- SACHS, HEINZ. — *Zbl. Gyn.*, 1930, S. 1180.
- SCHICKELÉ. — « Les interventions obst. chirurgicales au cours de l'accouchement », *Gyn. et Obst.*, janvier 1920.
- « Congrès des obst. de langue française, Paris, 1925.
- SCHRODER. — « Uber Uterusruptur du Kaiserschneitts narbe », *Mtschr. Geburths*, 54, 1916.
- SCHULZ. — « Der Einfluss des Kaiserschmitts anf die Sterilitat », *Ref. Zbl., Gyn.*, 1930, n° 10, S. 527.
- SCHUMACHER. — *Zbl. Gyn.*, 1927, S. 986.
- SCIPIADES. — *Z. Geb.*, 62, n° 3.
- SCOUTRINO (A.). — *Rass. Osletr.*, 38, 1929.
- SIEGEL. — *Montsch. f. Geb. u Gyn.*, Bd. LXII, S. 148, 1923.
- SIGWART. — *Zbl. f. Gyn.*, 1922.
- SINGER. — Thèse de Paris, 1909.
- SNÖCK (JOSEPH). — L'épreuve du travail et la césarienne basse », *Comm. à la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 2 avril 1927, et *Bruxelles-Médical* 1927, p. 799.
- SNOECK, SPIES WODON, PASTIELS ET MAGOS. — « Quelques réflexions au sujet de la césarienne basse », *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, séance du 1^{er} janvier 1930.
- STEFANI (F.). — *Rass. Ost.*, 39, 1930.
- *Zbl. Gyn.*, 1926, 396.
- STEINFORTH. — *Zbl., Gyn.*, 1930, 517.
- STOCKEL. — « Stellung der Kaisersch. in der modern », *Gebh., Munich. Med. woch.*, 1929, n° 38.
- SUSSMANN. — « 2 seltene talle von uterusrupt... », *Zbl. f. Gyn.*, 16 février 1929.

- TALLANT. — « Repeated cesarean section in septate uterus », *Allantic M. J.* 29, 779, août 1926.
- TASSOWATZ. : « La rachianesthésie dans la césarienne basse », *Rev. fr. Gyn.*, 1929.
- TROUTT. — « Repeated caetarean section with report of case », *Mil Surg* 61, 200, août 1927.
- VAN DER HOEVEN. — « Fertilitat nach klass. Kaisersch », *Zbl. SGyn.*, 1912, n° 51, S. 1724.
- VERMELIN. — « Accouchement spontané après césarienne basse », *Bullet-Soc. Obst et Gyn.*, Paris, avril 1921.
- VOGT. — « Monographie ».
- VON LEHOEZY-SEMMELWEIS (K.). — « Report cesarean section », *Arch. Gyn.*, 1927, 237, 1925, *J. Am. A.*, 86, 520, 13 février 1926.
- WAHLERS, HERMANN. — « Uber komplette uterusrupturen Hamburg, » *Din.*, 1930.
- WEBER, JUANG. — *Diss. Giessen*, 1919, S. 17.
- WETTERWALD. — « Avenir obstétr. des femmes ayant subi la césarienne transp. basse », *Gyn. et Obst.*, 1926, T. XIII.
- WETTERWALD. — « Zur Frage der Uterusrupt. nach cervic. trans. Schnittentb », *Zbl. Gyn.*, 1926.
- WATTERWALD. — « Avenir obstétrical après césarienne basse », *Revue française d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1926.
- WILLE. — « Tierexperimente... Fertilitat... », *Arch. Gyn.*, 1929, n° 137.
— *Z. Geb.*, 1929, Bd. VI, *Heft*, 3.
- WINTER, DOERFLER. — *Zbl. Gyn.*, 33, 1930.
- WOLFF. — *Zeitschr., f. Geb. u Gyn.*, Bd. LXXIV, 1914.
- X... — Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique », *La Vie Médicale*, n° 8, 25 avril 1930.
- « A propos d'un cas de césarienne itérative », *Liège Médical*, 21, 403, 25 mars 1928).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
Première partie : Étude clinique de.....	13
Chapitre I. La fertilisation après césarienne basse.....	14
Chapitre II. La gestation après césarienne basse.....	18
Chapitre III. La parturition après césarienne basse.....	22
a) L'accouchement spontané.....	42
Les ruptures utérines.....	45
b) La césarienne itérative.....	47
Technique.....	47
Anesthésie	50
Difficultés opératoires	51
Deuxième partie.....	55
Chapitre I. Étude critique de la statistique.....	56
Chapitre II. Les observations.....	61
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE.....	109

IMPRIMERIE SPÉCIALE
— DE LABEURS —

F. BOISSEAU

34, rue du Taur TOULOUSE

